TITRES

ET

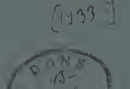
TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur André BODART



[1933]



TITRES
ET
TRAVAUX SCIENTIFIQUES
DU
Docteur André BODART

TITRES

TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en Médecine (1929).

Chef de Clinique chirurgicale (1929).

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux (1921).

Interne des Hôpitaux (1924).

Chirurgien des Hôpitaux (1930).

TITRES HONORIFIQUES

Lauréat de la Faculté de Médecine.

Prix de Thèse (1929).

Prix Alexis Vautrin (1930).

Membre de l'Association française de Chirurgie.

Membre de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Nancy.

Membre correspondant a la Société Anatomique de Paris.

TRAVAUX

ANNÉE 1928

1. **Noevo-épithéliomes généralisés.**
   (Avec M. Charles). *Société de Médecine de Nancy,* 25 avril 1928.

2. **Les accidents de l'anesthésie locale dans le territoire crânio-facial.**
   (En collaboration avec M. Hamant). *Revue Médicale de l'Est,* 1928, p. 609.

3. **L'hydroappendice et sa pathogénie.**
   (Avec M. Charles). *Société de Médecine de Nancy,* 22 février 1928.

4. **Résection d'un volumineux anévrysme poplité.**
   (Avec M. Hamant). *Société de Médecine de Nancy,* 11 juillet 1928.

ANNÉE 1929

5. **Hémorragies ovariennes.**
   (Avec M. Hamant). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy,* 18 juillet 1928.

6. Thèse de Doctorat : **Les fistules pancréatiques.**
   (226 pages, 1929).

7. **De l'influence du sympathique périartériel dans l'évolution des anévrysmes artérioso-veineux.**
   (En collaboration avec M. Hamant). *Revue Médicale de l'Est.*

8. **De l'origine vaso-motrice possible des corps étrangers articulaires.**
(En collaboration avec M. Hamant). *Revue Médicale de l'Est.*

9. **La douleur des gangrènes séniles et la ramisection lombaire.**
(En collaboration avec M. Hamant). *Revue Médicale de l'Est,* 1929, p. 356.

10. **Les paralysies crurales post-opératoires.**
(En collaboration avec M. Hamant). *Revue Médicale de l'Est,* 1929.

11. **Modes de production et évolution des fistules pancréatiques.**
(*Archives franco-belges de Chirurgie,* t. 32, n° 7, 31 pages.)

12. **A propos d'un cas de maladie exostosante.**
(Avec MM. Hamant et François). *Société de Médecine de Nancy,* 13 mars 1929.

13. **Syndrome radiculaire et ramisection.**
(Avec MM. Hamant et Mosinger). *Société de Médecine de Nancy,* 27 février 1929.

14. **Les douleurs artéritiques et la ramisection lombaire.**
(Avec M. Hamant). *Société de Médecine de Nancy,* 10 avril 1929.

15. **Causalgie guérie par sympathectomie périhumérale.**
(Avec M. Hamant). *Société de Médecine de Nancy,* 11 décembre 1929.

16. **Un cas d'infarctus massif du mésentère par athérome.**
(Avec M. Hamant). *Société de Médecine de Nancy.*

17. **Résultat remarquable obtenu par la méthode de Finikoff dans une arthrite fistulisée du tarse antérieur.**
(Avec M. Hamant). *Société de Médecine de Nancy,* 24 avril 1929.

18. **Malformations utérines et thérapeuthiques conservatrices.**
(*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy,* 18 décembre 1929, et *Bulletin,* 1930, p. 203.)

19. **Epithélioma mixte d'un utérus gestatif.**
(Avec MM. Hamant et Cornil). *Société Anatomique de Paris*, p. 1244.

20. **A propos d'un cas d'épithélioma du clitoris.**
(Avec MM. Hamant et Cornil). *Société Anatomique de Paris. Ann. Path.,* 1929, p. 1246.

ANNÉE 1930

21. **A propos d'un abcès cérébral post-traumatique tardif.**
(Avec MM. Hamant et Cornil). *Société de Médecine de Nancy,* 8 janvier 1930.

22. **Crises gastriques du tabès guéries par énervation.**
(Avec MM. Hamant et Charles). *Société de Médecine de Nancy,* 12 novembre 1930.

23. **Péritonite mortelle par diverticulite Meckel.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* 28 mai 1930.

24. **Syndrôme médiastinal grave par goître endothoracique.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* 8 janvier 1930.

25. **Ostéomyélite du péroné. Résection diaphysaire primitive. Régénération osseuse totale.**
(Avec M. Hamant). *Société de Médecine de Nancy,* 8 janvier 1930.

26. **A propos du résultat anatomique et fonctionnel d'une butée ostéoplastique de la hanche.**
(Avec M. Hamant). *Société de Médecine de Nancy,* 8 janvier 1930.

27. **Calvicieux sus-malléolaire, interventions multiples. Résultat.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* 12 mars 1930.

28. **Résultat d'une arthroplastie de la hanche.**
(Avec M. Hamant). *Société de Médecine de Nancy,* 26 février 1930.

29. **Volumineuse bourse tuberculeuse périarticulaire de l'épaule.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* 11 juin 1930.

30. **De l'utilité de l'exploration lipiodolée dans le diagnostic des fistules de l'aine.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* 26 novembre 1930.

31. **Tumeur à myéloplaxes et ostéosarcome du fémur.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* 10 décembre 1930.

32. **Résultat remarquable d'une greffe italienne et récupération fonctionnelle totale du pouce.**
(Avec M. Hamant). *Société de Médecine de Nancy,* 1930.

33. **Fracture du condyle externe de l'humérus à grand déplacement. Résultat fonctionnel du vissage.**
(Avec M. Hamant). *Société de Médecine de Nancy,* 1930.

34. **Tumeur à myéloplaxe et ostéosarcome du fémur.**
(Avec M. Hamant). *Société de Médecine de Nancy,* 1er décembre 1930.

35. **Le résultat fonctionnel éloigné des fractures transcotyloïdiennes du bassin.**
(Avec M. Hamant). *Société de Médecine de Nancy,* 1930.

36. **Deux cas de torsion axiale d'utérus fibromateux.**
(Avec M. Hamant). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy,* 19 mars 1930, et *Bulletin,* 1930, p. 527.

37. **Sphacèle d'un fibrome interstitiel et élimination massive par le vagin.**
(Avec M. Hamant). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy,* 19 novembre 1930, et *Bulletin,* 1931, p. 69.

ANNÉE 1931

38. **Les fistules biliaires et leur exploration radiologique.**
(En collaboration avec MM. Hamant et Chalnot). *Revue Médicale de l'Est,* 1931, p. 36.

39. **A propos des invaginations intestinales de la seconde enfance.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* 22 avril 1931.

40. **Pancréatiques aiguës hémorragiques à poussées successives.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* 28 janvier 1931.

41. **Suture du nerf radial à la partie inférieure de la gouttière de torsion. Régénération en huit mois.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* 25 novembre 1931.

42. **Le test d'Aldrich et Mac Clure dans les phlébites.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy,* 20 mai 1931, et *Bulletin,* 1931, p. 727.

43. **Tuberculose salpingienne dans les suites de couches.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy,* 18 février 1931, et *Bulletin,* 1931, p. 302.

44. **Fistule utéro-pariétale après césarienne.**
(Avec M. Hamant). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy,* 20 mai 1931.

45. **Réflexions sur les ruptures de pyosalpinx en péritoine libre.** (Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy,* 20 mai 1931, et *Bulletin,* 1931, p. 733.

46. **Eclatement d'un kyste ovarique au début de la gestation.** (Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy,* 17 juin 1931, et *Bulletin,* 1931, p. 738.

ANNÉE 1932

47. **Volvulus de l'anse sigmoïde.** (*Société de Médecine de Nancy,* 13 mai 1931.)

48. **Les indications chirurgicales dans les malformations utérines et particulièrement dans les utérus doubles.** (*Mémoire inédit,* 168 pages.)

49. **Les indication du décollement pancréatique dans le traitement des pancréatites chroniques non lithiasiques avec ictère.**

    (En collaboration avec M. Hamant). *Revue Médicale de l'Est,* 1932, p. 693.

50. **Le syndrome abdominal au début du rhumatisme articulaire aigu.**

    (En collaboration avec MM. Hamant et Chalnot). *Revue Médicale de l'Est,* 1932, p. 528.

51. **A propos des injections intra-veineuses du sérum hypersalé.** (Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* 13 janvier 1932.

52. **La ramisection lombaire dans les moignons douloureux.** (Avec M. Hamant). *Journées orthopédiques de Nancy,* 13 janvier 1932.

53. **Un cas d'invagination intestinale chez un vieillard guérie par résection étendue.**

    (Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* 26 octobre 1932.

54. **A propos de deux cas de tumeurs paranéphériques.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* 23 novembre 1932.

55. **Splénectomie pour hémogénie.**
(Avec M. Hamant). *Société de Médecine de Nancy,* 9 novembre 1932.

56. **Luxations récidivantes de l'épaule. Allongement de l'apophyse coracoïde.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Journées orthopédiques de Nancy,* juillet 1932.

57. **Luxation acromio-claviculaire et fixation de la clavicule.**
(Idem.)

58. **Arthrite déformante de la hanche traitée par résection.**
(Idem.)

59. **La sympathectomie dans la maladie de Volkmann.**
(Idem.)

60. **A propos de quelques cas de chirurgie de la hanche.**
(Idem.)

61. **Les fractures de l'épitrochlée avec interposition.**
(Idem.)

62. **Présentation de quelques résultats de greffes italiennes.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Réunion de la Société Dermatologique de l'Est,* décembre 1932.

63. **Sarcome du ligament rond.**
(Avec M. Hamant). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy,* 17 février 1932, et *Bulletin,* 1932, p. 297.

64. **La névrotomie du nerf honteux dans le prurit vulvaire rebelle.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Réunion de la Société Dermatologique de l'Est,* décembre 1932.

65. **Epithéliomas développé sur des cicatrices de brûlures.**
(*Société Dermatologique de l'Est,* décembre 1932.)

ANNÉE 1933

66. **Les indications chirurgicales dans les aplasies utérines généralisées.**
(*Revue de Chirurgie,* 1933, p. 166 à 175.)

67. **Les indications chirurgicales dans les utérus doubles.**
(*Revue Médicale de l'Est,* 1933.)

68. **Réflexions sur 51 cas de perforation gastrique.**
(Avec M. Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* 8 février 1933.

69. **51 cas de perforation gastrique.**
(Avec M. Chalnot). Envoyé à la Société Nationale de Chirurgie.

70. **Trois cas de fracture de l'épitrochlée avec interposition, dont l'un accompagné de paralysie cubitale.**
(Avec M. Hamant). *Revue d'Orthopédie,* 1933, p. 144.

71. **Le traitement du phlegmon des gaines par les incisions discontinues.**
(*Société de Médecine de Nancy,* 22 février 1933.)

72. **Métrorrhagies et épithéloma de l'ovaire.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy,* 15 février 1933.

73. **La sympathectomie hypogastrique et les injections intratumorales d'alcool dans les cancers utérins inopérables.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy,* 8 mars 1933.

74. **La synovectomie dans le traitement de la tuberculose du genou.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société de Médecine de Nancy,* janvier 1933.

75. **Hémorragies péritonéales d'origine ovarienne.**
(Avec MM. Hamant et Chalnot). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy,* 21 décembre 1932.

76. **Trois cas de nodules calcifiés du mésentère.**
(Avec M. Chalnot). *Revue Médicale de l'Est,* avril 1933.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

LA DOULEUR DES GANGRÈNES SÉNILES ET LA RAMISECTION LOMBAIRE

(N° 9)

L'observation d'un de nos opérés nous a incité à préconiser la ramisection lombaire dans certains cas, très spéciaux, d'artérite des membres inférieurs.

La douleur de l'artérite sénile, d'aspect et d'intensité si variables, reconnaît des causes diverses. Parfois, elle a une topographie et des irradiations diffuses; son maximum siège alors à grande distance de la zone de sphacèle; pour une gangrène du gros orteil, par exemple, elle peut sembler naître dans le tarse postérieur ou la partie inférieure de la jambe, et s'irradie dans le mollet, parfois dépassant le genou.

Ce sont ces douleurs, souvent épouvantables, sans topographie nettement délimitable, siégeant à distance de la zone ischémiée, et disproportionnées en intensité avec l'étendue du sphacèle, qui posent dans la pratique les problèmes les plus difficiles.

Contre elles, nous n'avons en réalité à notre disposition que des opérations sur le sympathique. Certains auteurs exigeant trop de la sympathectomie périartérielle, et devant son inutilité habituelle dans les artérites séniles, la proscrivent systématiquement en cas de gangrène. D'autres y recourent encore pour favoriser la vitalité

d'un lambeau d'amputation. En réalité, il faut bien distinguer deux choses :

1° L'action des opérations sympathiques sur la vitalité des tissus en cas d'artérite.

2° L'action de ces mêmes opérations sur l'élément douleur.

Sur le premier point il est permis d'être extrêmement sceptique.

Mais, si la sympathectomie périartérielle semble incapable d'améliorer d'une façon durable la vitalité d'un membre au cours des artérites oblitérantes, peut-être est-elle susceptible de modifier d'une façon définitive la réceptivité douloureuse qui les accompagne d'une manière tellement variable et contingente.

Dans l'artérite sénile, certains malades souffrent, alors que d'autres ne souffrent pas, à lésions oblitérantes en apparence égales. Tel souffre énormément dans tout son membre pour une oblitération très limitée, alors que tel autre évoluera sans souffrir et en silence vers l'oblitération la plus étendue. Dans les deux cas, la vitalité du membre est la même ; s'il y a gangrène, elle est limitée, elle aboutit à l'amputation spontanée d'un orteil, par exemple ; la cicatrisation se fait aussi bien chez celui qui souffre que chez celui qui ne souffre pas. Aucune raison anatomique irrémédiable ne semble être le substratum de cette douleur. Les conditions sont donc favorables à l'essai d'une intervention sympathique.

Ni une sympathectomie périartérielle, ni une ramisection n'ont jamais reperméabilisé une artère oblitérée, c'est trop évident ; mais si, sans changer en rien la marche irrévocable des lésions oblitérantes, elles sont capables de les reléguer dans l'inconscience, comme elles le sont naturellement chez certains malades privilégiés, ne faut-il pas y avoir recours d'emblée, puisque le risque qu'elles font courir est à peu près nul. Or, les cas de sympathectomie périartérielle, efficaces dans le syndrome que nous envisageons, ne sont pas rares ; l'opération est donc pleinement justifiée, mais même si elle échoue, ce n'est pas un argu-

ment valable contre le principe de l'intervention sympathique. En effet, puisqu'on sait maintenant que la sympathectomie périartérielle ne consiste pas à interrompre une voie sensitive centripète continue, mais à agir plutôt à la façon d'une agression sensitive sur des fibres spécialisées, on peut penser que les lésions de sclérose atteignant l'adventice, si fréquentes au cours des artérites, sont susceptibles de troubler le mécanisme habituel de cette agression. Et il semble logique de remonter plus haut et de faire porter les manœuvres, non plus sur des fibres sympathiques périphériques plus ou moins altérées, mais sur les rameaux communiquants qui sont intacts.

Voici en substance, l'observation de notre malade : âgé de 65 ans, il est entré pour des douleurs intolérables du membre inférieur gauche. Depuis trois mois il avait vu ses deux gros orteils se sphacéler et s'amputer spontanément, mais, tandis qu'à droite l'évolution s'était faite sans douleur, à gauche et dès le début, le malade a ressenti de violentes brûlures qui ne siégeaient pas au voisinage immédiat du sphacèle, mais commençaient au bord interne du tarse et remontaient jusqu'au tiers inférieur de la jambe. La cicatrisation de l'orteil était complète à droite, légèrement incomplète à gauche, mais la plaie avait un aspect normal et n'exigeait localement aucune retouche. On pratiqua d'abord une sympathectomie, non pas dans le but d'accélérer cette cicatrisation qui devait se faire toute seule, mais dans l'idée de calmer les douleurs diffuses de la jambe. Le résultat fut à peu près nul.

Dix jours après, et bien que les douleurs n'eussent pas le type névritique, on fit une névrotomie du nerf tibial postérieur, sans aucun résultat. On se décida à faire une ramisection lombaire, et le résultat fut vraiment remarquable. Le malade qui usait des hypnotiques à haute dose n'en prenait plus et n'en a jamais repris. Ce résultat se maintenait excellent à la sortie du service, au bout d'un mois. Revu trois mois après, quelques douleurs étaient reparues, mais incomparablement moins fortes qu'auparavant. Evidemment, il n'y a rien de changé dans l'imper-

méabilité des artères; des accidents ischémiques se reproduiront peut-être plus tard; mais s'ils pouvaient ne plus s'accompagner de ce type de douleurs désespérantes par leur intensité et leur ténacité, le malade y aurait gagné énormément, et au prix d'une risque minime.

LA RAMISECTION LOMBAIRE DANS LES MOIGNONS DOULOUREUX

(N° 52)

Nous rapportons trois observations caractérisées surtout par les douleurs extrêmement violentes, diffusantes vers la racine du membre; et guéries radicalement par une ramisection lombaire, deux fois d'emblée et une fois après échec d'une sympathectomie antérieure.

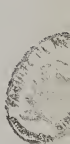
Notre première observation concerne un malade qui avait subi une désarticulation de Chopart pour traumatisme, 20 ans auparavant. Depuis ce temps, rien d'anormal jusque il y a deux ans. Depuis ce temps, développement progressif d'un syndrome algique excessivement violent, résistant à tout traitemnt médical. Objectivement, douleurs violentes au palper et à la mobilisation de l'arrière-pied; ostéoporose diffus à la radio. Une sympathectomie donne un échec complet, pratiqué dans le triangle. Ramisection lombaire, avec section des 2e, 3e et 4e rameaux. Suites opératoires normales. Suppression immédiate et définitive des douleurs. Guérison maintenue au bout de deux ans.

Notre deuxième malade avait subi une désarticulation de la hanche faite par M. PICOT pendant la guerre. Rien d'anormal pendant huit ans, puis douleurs diffuses, irradiant jusqu'à la colonne lombaire, devenant intolérables, sans ulcération du moignon. La ramisection donne un résultat merveilleux.

Enfin notre troisième malade avait subi, six mois auparavant, une amputation des orteils pour broiement Syn-

drome algique diffus survenu très peu de temps après l'amputation et guéri radicalement par la ramisection.

Ce qui frappe dans nos deux premières observations, c'est le long intervalle libre entre l'amputation et l'apparition des douleurs caractéristiques du déréglement sympathique. Dans le troisième cas, cet intervalle ne fut que de six mois. Il nous semble, d'ailleurs, que c'est assez la règle; les amputations très proches des extrémités, qu'elles soient faites pour écrasement et plus encore pour suppuration, en particulier pour panaris, donnent rapidement ces troubles douloureux, au même titre que l'ensemble des troubles physiopathiques, type Babinski-Froment.



Pour expliquer l'apparition retardée, on a invoqué des causes occasionnelles, en particulier un traumatisme. Il est possible que, dans notre observation n° 1, les tiraillements ligamentaires dus à la bascule de Chopart, aient été à la longue la cause des douleurs. A vrai dire, on ne comprend pas très bien la raison d'une installation aussi tardive (au bout de 20 ans).

Dans notre observation n° 2, des phénomènes inflammatoires ont été nettement à l'origine des troubles sympathiques. Dans un autre ordre d'idées, nous avons observé un cas analogue; un malade, atteint d'un anévrysme poplité, parfaitement bien toléré pendant dix ans, vit brutalement, en quelques jours, s'installer au décours d'une pneumonie, des signes de déséquilibre sympathique et d'intolérance: œdème, cyanose, ulcérations multiples du pied, signes qui disparurent après l'extirpation de l'anévrysme.

Au point de vue symptomatique, les douleurs, dans nos trois cas, avaient nettement l'allure sympathique, malgré le caractère discret des signes objectifs, tels que cyanose et œdème. Seule, une intervention sympathique était indiquée, à l'exclusion de toute autre et particulièrement, cela va sans dire, de toute réamputation.

La diffusion des douleurs vers la racine du membre imposait la ramisection et c'est à tort que nous avons fait l'essai d'un sympathectomie, dans notre observation n° 1, l'échec était à prévoir. De toutes façons, il ne faut pas,

après une sympathectomie inopérante, patienter trop longtemps sous prétexte d'en attendre des effets lointains. Une intervention sympathique périphérique, si elle doit être efficiente, l'est généralement immédiatement, tout au moins en ce qui concerne la suppression des phénomènes douloureux; c'est pourquoi, nous n'avons attendu que quelques jours, après l'opération première, pour faire la ramisection.

Cette intervention, du moins à la région lombaire, est facile et vraiment dépourvue de tout danger, à condition d'être faite par voie extra péritonéale, ce qui est la règle. Un petit ennui est le météorisme abdominal post-opératoire, qui nous a semblé constant, parfois très accentué pendant quelques jours et exposant à une déhiscence partielle de la cicatrice. Cet ennui est évidemment plus grave en cas de ramisection ou de gangliectomie bilatérale par voie intra-péritonéale, comme nous en avons pratiqué une il y a un mois, avec excellent résultat, d'ailleurs, dans un cas d'ulcérations plantaires inguérissables par gelures; dans ce dernier cas, le météorisme intense a entraîné un début de déhiscence de la plaie malgré une fermeture soigneuse à la soie. L'application préventive d'un corset de leucoplaste nous paraît utile dans ces cas de voie intra-péritonéale pour éviter l'éviscération.

Les résultats de l'intervention ont été excellents dans les trois cas et se sont maintenus, puisque nous ne rapportons que des observations datant d'au moins deux ans. Le malade de notre observation n° 2 nous a donné de ses nouvelles ces jours-ci, et voici les derniers mots de sa lettre: « Je ne ressens et n'ai jamais plus ressenti la moindre douleur, et mon seul regret est de n'avoir pas subi cette intervention plus tôt ».

La ramisection lombaire nous paraît donc une excellente opération, à faire à son heure, dès que l'algie a dépassé le stade périphérique et monte vers la racine du membre, sans attendre qu'elle soit invétérée et qu'on soit acculé aux dangers et aux résultats aléatoires d'une intervention radiculo-médullaire.

SYNDROME RADICULAIRE ET RAMISECTION
(N° 13)

Nous avons rapporté l'observation d'un syndrome radiculaire guéri par la ramisection lombaire. Il s'agissait d'un malade de 60 ans, amputé de la cuisse gauche il y a vingt-quatre ans, après accident. Depuis ce temps, le blessé n'avait jamais présenté la moindre douleur dans son moignon; la marche était indolore. Depuis cinq mois environ, des douleurs intolérables étaient apparues dans la racine du membre gauche et la ceinture. Ces douleurs survenaient par crises excessivement violentes, d'abord espacées puis presque incessantes, empêchant tout repos.

Le moignon paraissait normal, ni cyanosé, ni œdémateux, ni particulièrement atrophié, sans ulcération. La palpation de la cicatrice était indolore. La recherche des points douloureux établissait une topographie nettement radiculaire dans le domaine de Dxi à Lv; dernier espace intercostal, zone paravertébrale lombaire gauche, crête et épines iliaques, fosse iliaque externe. La radiographie ne révélait pas de lésion osseuse; la ponction lombaire ne montrait pas de modifications notables du liquide céphalo-rachidien; le liquide ne présentait aucun arrêt.

Au point de vue étiologique, rien de net. L'amputation ancienne était-elle responsable? Non, ou tout au moins pas comme on l'entend habituellement. Il ne s'agissait pas d'un de ces moignons douloureux dont LERICHE, entre autres, a fait la discrimination; ce n'était ni un syndrome de névrite traumatique banale, ni un syndrome d'allure causalgique, avec paroxysmes vaso-moteurs, tel qu'on peut le voir dans les névrômes périphériques des amputés, ni un syndrome d'algie diffusante, qui peut apparaître dans les jours qui suivent l'amputation. Ici, rien de tel; la longue période sans aucun trouble, la topographie radiculaire remontant jusqu'à DII, montre qu'il s'agit d'un syndrome indépendant.

Au point de vue médical, pas d'antécédents ni de signes de spécificité; donc étiologie indéterminée, comme c'est bien souvent le cas.

Le malade prenait des doses fortes de toxiques, à tel point qu'un jour primitivement fixé pour l'intervention, on le trouva presque comateux, après absorption de tubes entiers de comprimés divers; on dut surseoir et attendre la désintoxication. Aucune intervention périphérique ne semblait indiquée. Il n'y avait comme ressource que la ramisection, la radicotomie et la cordotomie. Cette dernière est en principe réservée aux cancéreux algiques perdus de toute façon à brève échéance. La radicotomie est aléatoire et donne des résultats souvent assez déconcertants; de plus, elle est délicate et nécessite, pour être faite avec un minimum de risque, une certaine spécialisation dans la neurochirurgie. Au contraire, la ramisection, dans la région lombaire tout au moins, est facile et non dangereuse; il ne semble pas qu'elle ait jamais, à ce niveau, été suivie d'accident, ni de mort, à elle imputables.

Après échec de thérapeutiques médicales diverses, y compris des épidurales d'efficacité trop passagère, on se décida pour la ramisection. Elle fut faite par la voie préconisée par WERTHEIMER et BONNIOT, et porta sur tous les rameaux lombaires, y compris LI contrairement à l'habitude.

Les suites furent remarquables; les douleurs disparurent complètement dans les territoires intéressés, ne persistant, très atténuées d'ailleurs, que dans ceux de DI2 et DII, non touchés par l'intervention. Le résultat se maintenait aussi favorable trois mois après; le malade n'usait plus d'un seul narcotique. Quand, malheureusement, il mourut presque subitement d'ictus avec hémiplégie.

Malgré cette absence fâcheuse de contrôle éloigné, le résultat de la ramisection nous paraît cependant remarquable et justifie pleinement l'essai d'une intervention aussi simple dans des syndromes indéniables comme celui de notre malade.

Quant au mécanisme exact de la suppression de la dou-

leur, même dans un syndrome rédiculaire, il est assez vain actuellement de l'expliquer. Ce que nous savons du substratum anatomique de la douleur et du mode d'action des interventions sympathiques en général, et de la ramisection en particulier, est vraiment trop peu de choses pour qu'on puisse utilement soulever une hypothèse pathogénique.

DE L'INFLUENCE DU SYMPATHIQUE PÉRIARTÉRIEL DANS L'ÉVOLUTION DES ANÉVRYSMES ARTÉRIOSO-VEINEUX

(N° 7)

L'étude chirurgicale des affections vasculaires des membres, qui a pris ces dernières années une si grande extension, a mis en évidence l'intervention de deux facteurs : un facteur hydraulique, concernant la quantité de sang apportée à la périphérie, et un facteur physiologique, en partie sous la dépendance du sympathique périartériel aux besoins des tissus. C'est là une notion classique pour les artérites oblitérantes ; elle tend à le devenir également pour les phlébites, grâce surtout aux toutes récentes publications de Leriche ; mais, elle ne l'est pas encore pour les anévrismes artérioso-veineux.

On n'a pas encore publié d'observations montrant d'une façon nette l'intervention du sympathique dans l'évolution des anévrysmes. Nous avons rapporté une de nos observations parce qu'elle est à ce point de vue tout à fait typique et démonstrative.

Il s'agissait d'un blessé de guerre, atteint d'anévrysme artérioso-veineux du creux poplité, parfaitement bien toléré pendant douze ans ; et qui, en 1927, après une pneumonie sérieuse, vit apparaître des signes de décompensation : œdème, douleurs, ulcérations.

On pratique l'extirpation de cet anévrysme. Le soir, on constate que le pied est plus chaud que celui du côté opposé ;

cette hyperthermie persiste les jours suivants, les ulcérations se cicatrisent rapidement. Tout se passe comme après sympathectomie pour ulcère variqueux.

L'histoire clinique de notre malade a donc été très curieuse. Avant sa bronchopneumonie, il marchait normalement, sans fatigue, il était presque toute la journée debout, secoué sur une petite locomotive, c'est-à-dire, dans des conditions assez déplorables pour la circulation de son membre blessé. Or, il ne présentait aucun accident d'ischémie, pas même une ébauche de claudication. A ce moment-là, de toute évidence, la circulation, tant de fonction que de repos, était assurée dans la jambe droite, peu de sang venait jusqu'aux tissus, mais il y était en quelque sorte bien utilisé, grâce à des variations vaso-motrices bien adaptées et coordonnées. C'était un système circulatoire en équilibre instable ; il suffisait d'une cause, même minime en apparence, pour le dérégler.

Or, que s'est-il passé ? C'est immédiatement après la maladie infectieuse que les troubles ont commencé. L'extension de la jambe a été de plus en plus difficile, la marche se faisant presque à 45°. Mais, ce n'est certainement pas l'augmentation de volume de l'anévrysme qui a déterminé cette flexion, puisque l'opération n'a pas montré de tumeur anévrysmale, mais une simple fistule artério-veineuse. C'est le tissu conjonctif périvasculaire, datant de la blessure, qui s'est en quelque sorte réveillé ; soit, qu'une virulence microbienne locale très atténuée se soit exaltée, soit plutôt qu'une septicémie ait déclanché, par un processus d'ailleurs peu connu, la prolification conjonctive.

Comment a pu agir cette poussée inflammatoire pour rompre l'équilibre circulatoire du système artériolo-capillaire à la périphérie ? Au point de vue hydraulique d'abord, il est bien évident que rien n'a été changé. La fistule n'a pas été agrandie et une quantité plus grande de sang n'a pas été dérivée de l'artère à la veine aux détriments de la périphérie.

De plus, aucune trace de caillot n'a été trouvée à l'examen de la pièce et, à l'histologie, aucune atteinte des

endothéliums vasculaires. On ne peut donc pas non plus dire qu'il s'est peut-être formé, au moment des phénomènes infectieux pulmonaires, des petits caillots qui ont essaimé à la pérophérie, obstruant les petits artérioles et gênant la suppléance.

Il est beaucoup plus simple d'admettre que, dans notre cas particulier, le point de départ des troubles a été une altération du sympathique périartériel.

Il peut très bien se passer au niveau d'un anévrysme artérioso-veineux, ce qui se passe dans les artérites oblitérantes. Comme Leriche le faisait remarquer à la Société de Chirurgie, il faut distinguer les artérites endoartérielles et les artérites extériorisées. Or, tant que les lésions évoluent dans la lumière et l'intimité de la paroi, les accidents gangréneux ou trophiques sont rares; dès qu'elles atteignent l'adventice, c'est-à-dire, la zone des fibres nerveuses et des cellules ganglionnaires, les accidents gangréneux sont fréquents. Dans un anévrysme artésioso-veineux comme dans une artérite oblitérante, c'est-à-dire chaque fois que la quantité de sang portée à la périphérie est réduite, il y a, sinon toujours une vasodilatation active du système artériolo-capillaire, tout au moins une adaptation de ce système à la circulation nouvelle et aux besoins des tissus, adaptation qui peut être d'ailleurs absolument indépendante de l'établissement d'une circulation collatérale. Ainsi s'établit un régime circulatoire suffisant mais précaire. Si le sympathique périartériel est englobé dans un tissu de sclérose, il est le point de départ d'excitations perpétuelles et surtout physiologiquement inutiles; le système artériolo-capillaire se dérègle, l'adaptation vaso-motrice est rompue et les troubles trophiques se déclanchent.

L'englobement de l'artère par un tissu scléreux densifié et rétracté au cours d'une maladie infectieuse, a joué, chez notre malade, le même rôle que l'extériorisation d'une artérite. Et, ce qui le prouve, c'est l'action remarquable de l'opération qui a réalisé, non seulement l'extirpation de la fistule artério-veineuse, mais une artériectomie, et par le fait même, une sympathectomie très étendue.

Sans doute, au point de vue hydraulique, les conditions ont été énormément améliorées; la fuite veineuse a été supprimée et le sang est maintenant forcé de passer par les collatérales avec une pression plus forte, et d'aller à la périphérie. Mais, ces conditions mécaniques meilleures, ne sont certainement pas les seules. L'anatomie pathologique, l'évolution clinique, l'hyperhémie brusque post-opératoire, ont témoigné en faveur de l'atteinte supplémentaire du plexus périartériel et du rôle, également supplémentaire, d'opération sympathique joué par l'intervention.

Mais une question se pose immédiatement: Ce résultat favorable va-t-il se maintenir ? On peut, à ce sujet, être sceptique et nous le sommes nous-mêmes. Dans toutes les interventions exécutées en vue d'améliorer la nutrition et la vitalité d'un tissu, les résultats ne sont durables que si une condition fondamentale est réalisée: ou bien, qu'il n'y ait pas de lésion anatomique nette, importante, à l'origine du dérèglement vaso-moteur périphérique, comme dans les Raynaud purs; ou bien, que cette lésion, si elle existe, soit supprimée, l'opération sympathique ne jouant, dans ce dernier cas, qu'un rôle adjuvant.

Or, dans notre cas, il est à craindre que le tissu de sclérose dense qui comblait tout le creux poplité se reproduise, et, d'une part, remette invinciblement la jambe en flexion; d'autre part, diffusant dans le voisinage, aille bloquer le territoire de quelques collatérales si pauvres en cette zone dangereuse. De toute façon, avant de parler de résultat durable, il faudrait attendre au moins six mois.

Aussi bien, ce n'est pas tant pour ce résultat favorable en lui-même que nous avons rapporté cette observation, c'est parce qu'elle nous semble intéressante au point de vue physiologie pathologique.

LE TEST D'ALDRICH ET MAC CLURE DANS LES PHLÉBITES

(N° 42)

L'importance des phlébites, de leur diagnostic et de leur traitement en Obstétrique et en Gynécologie nous a incité à étudier la valeur de ce test.

Nous nous sommes servis de la technique de CHEVALIER et STIEFFEL, et avons injecté chaque fois 2/10e de cm^3 d'une solution de chlorure de sodium à 8/100e. Nous avons fait chaque fois la piqûre au niveau de la face externe de la cuisse, dans les régions parfaitement symétriques et facilement comparables. L'injection a été rigoureusement intradermique et faite de façon à soulever l'épiderme en déterminant une saillie caractéristique des pores de la peau. Nous ne nous sommes pas servis des injections colorées qui nous semblent introduire un facteur très variable qui est la diffusibilité du colorant.

Pour chaque cas, nous avons pratiqué l'injection dès le diagnostic posé, au moment de la douleur initiale, mais rarement cependant avant l'apparition de l'œdème.

Nous l'avons répétée ensuite plusieurs fois pendant l'évolution de la phlébite, en moyenne tous les huit jours jusqu'à la phase terminale.

Nous allons indiquer rapidement les résultats obtenus et la valeur que peut prendre ce test au point de vue clinique.

1° *A la phase œdémateuse*

L'étude de la boule d'œdème permet-elle de faire le diagnostic de phlébite avant l'apparition du signe important qu'est l'œdème ?

Théoriquement non.

Cependant, dans un cas, nous avons fait les remarques suivantes : il existait depuis quelque temps une phlébite gauche. La boule d'œdème provoquée de chaque côté mon-

tre une disparition rapide de la papule du côté de la phlébite. Mais du côté supposé sain et où il n'y a pas d'oedème appréciable, on remarque une relative rapidité de résorption. Quelques jours plus tard, des douleurs et de l'œdème accusent l'apparition d'une phlébite de ce côté.

Si donc, en général, le test d'Aldrich est incapable de déceler une phlébite avant la phase œdémateuse, peut-il dans certains cas, faire soupçonner le début d'une phlébite bilatérale? Ces faits demandent confirmation.

2° *A la période œdémateuse*

En principe, la boule d'œdème est absorbée très rapidement sur le membre œdématié. Elle persiste, par contre, longuement sur le membre sain.

Le temps de résorption de la boule dermique suit une courbe d'accélération parallèle à la courbe des poussées d'œdème. C'est ce que nous avons remarqué dans cinq de nos observations.

D'après certains auteurs, l'apparition de l'œdème signe le diagnostic de phlébite, et la résorption accélérée du nodule d'Aldrich n'est qu'un phénomène concomitant à peu près inutile au diagnostic. Tout au plus pour eux, permet-il de suivre l'évolution de l'œdème avec plus de précision.

Cependant, le test dans deux cas a pu nous servir pour *éliminer* le diagnostic de phlébite profonde, alors que cliniquement ce diagnostic était possible, sinon probable.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une malade opérée d'hystérectomie pour salpingite qui, au huitième jour, présenta une température à 38° et des douleurs dans le mollet gauche. Il existait un léger œdème de ce côté. Dans le doute, on place immédiatement des sangsues à la racine du membre et on pratique le test d'Aldrich. Celui-ci montre un temps de résorption de 40 minutes des deux côtés. On élimine de ce fait, la phlébite. Quelques jours après, apparaît un phlegmon de la paroi infectée par le drainage. Cette suppuration profonde n'avait déterminé aucune douleur locale.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'un homme présentant de l'œdème du mollet droit, dû vraisemblablement à une lymphangite atténuée consécutive à des excoriations des orteils. L'œdème blanc pouvait laisser supposer l'existence d'une phlegmatia. Ici encore, le test a montré un temps de résorption long et identique des deux côtés.

Ces deux cas d'œdème *anhydrophiles* se différencient donc nettement de l'œdème caractéristique de la phlegmatia. Cette particularité mise en relief par le test a été d'un utile secours diagnostic.

3° *Phase résolutive*

C'est à ce moment que le test présente son maximum d'intérêt. En effet, le point délicat dans le traitement d'une phlébite est de savoir *quand* il faut permettre au malade la mobilisation. Très souvent, les œdèmes persistent très longtemps alors que tout processus phlébitique a cessé. Il faut proposer au malade des massages et de la kinésithérapie pour empêcher des rétractions quelquefois très tenaces.

Ce qui caractérise essentiellement l'œdème phlébitique, c'est l'*hydrophilie*. Dès que celle-ci a cessé, on peut admettre que le processus est éteint et qu'il ne reste qu'un œdème passif en rapport avec la perte d'élasticité et de souplesse des tissus.

Le test d'Aldrich met bien en évidence ces deux types d'œdème :

l'un *actif,* hydrophile, para-phlébitique ;

l'autre *passif,* anhydrophile et post-phlébitique.

Nous sommes en possession, grâce à une épreuve éminemment simple et précise, d'un *test de guérison* qui peut, dans la pratique, rendre de réels services.

En le repérant, par prudence, deux ou plusieurs fois, à ce moment, on pourra déceler de temps à autre une poussée d'hydrophilie qui aurait pu passer inaperçue en raison des œdèmes.

Nous sommes persuadés que ce test, par sa simplicité et par les renseignements qu'il fournit, mérite d'être utilisé au cours de l'évolution de tous les processus phlébitiques.

DE L'ORIGINE VASO-MOTRICE POSSIBLE DE CERTAINS CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES

(N° 8)

A propos d'une observation typique, nous avons discuté cette origine possible. Il s'agissait d'une malade venue pour un traumatisme violent du coude. La radiographie est absolument négative. Après une impotence relative de quelques semaines, toute douleur disparaît. Mais un an plus tard, la malade revient avec la symptomatologie et la radiographie d'un corps étranger typique ; on extirpe ce dernier, gros comme une petite noix.

Après avoir discuté les arguments de la théorie embolique d'Axhausen, nous concluons que, bien qu'une preuve directe soit actuellement difficile à fournir, il est plausible d'admettre que toutes les formes d'arthrite traumatique sont susceptibles de donner naissance à des corps étrangers. Dans la forme synoviale pure, rien n'empêche d'admettre que des franges œdémateuses ont pu se rompre et donner des petits grains synoviaux, origine de corps étrangers futurs qui grossissent par inhibition et pouvant paraître primitifs, alors que l'hyperhémie et l'œdème de la synoviale auront disparu depuis longtemps.

Mais, c'est dans la forme à prédominance de raréfaction sous-chondrique que le processus est le plus facile à comprendre. Là, nous trouvons réalisées au mieux les conditions histologiques décrites par AXHAUSEN, avec cette différence, qu'au lieu d'attribuer la raréfaction à une ischémie embolique, nous l'attribuons à une hyperhémie, ce qui n'a d'ailleurs rien de contradictoire. Supposons une épiphyse raréfiée avec cartilage décollé et perforé par endroits, nous aurons des plages chondriques et sous-chondriques isolées en quelque sorte du reste de l'épiphyse, ne lui attenant que par du tissu osseux très raréfié. Un trauma direct ou indirect, ou simplement un jeu articulaire un peu violent pourra détacher cet îlot et en faire un corps étranger. Plus tard, au moment de la recalcification générale de l'épiphyse,

le lit de ce corps étranger pourra se combler d'os de façon plus ou moins régulière. A l'opposé de ce détachement d'un corps unique, on peut imaginer une coque épiphysaire soutenue par une zone de raréfaction telle que les mêmes causes extérieures pourront la pulvériser en une multitude de petits grains qui réaliseraient les corps étrangers multiples de l'arthrite sèche.

Cette façon de comprendre la pathogénie de certains corps étrangers n'a pas qu'un intérêt spéculatif. Dans la théorie d'Axhausen, on ne voit pas bien quel traitement prophylactique pourrait éviter l'embolie qui serait à l'origine de la nécrose épiphysaire; tandis que l'on admet l'origine vaso-motrice, on peut immédiatement entrevoir toute une thérapeutique prophylactique qui s'adresserait à l'arthrite traumatique tout au début, avant que la raréfaction ait fait des dégâts irrémédiables. Dans une communication à la Société de Chirurgie de Lyon, Leriche a rapporté quelques cas extrêmement intéressants où une intervention sympathique aussi insignifiante comme gravité que la sympathectomie périartérielle, a pu enrayer l'évolution de troubles très sérieux qui auraient certainement conduit à l'impotence complète de l'articulation.

A PROPOS DES INJECTIONS DE SÉRUM HYPERSALÉ
(N° 51)

Les injections intraveineuses de sérum hypersalé sont aujourd'hui de pratique courante, depuis que les remarquables publications de GOSSET et de ses collaborateurs en ont montré les bons effets. Dans les occlusions de toute nature, dans les suites opératoires mouvementées avec paresse intestinale, dans les états de déshydratation, dans les sténoses serrées du pylore, nous avons eu souvent l'occasion d'appliquer la méthode de rechloruration ; et, sans apporter de résultats détaillés, nous pouvons joindre notre excellente impression d'ensemble à celle de tous les auteurs.

Cependant, la méthode ne nous paraît pas absolument dépourvue de tout danger, et nous avons pu relater un cas malheureux d'accident mortel où l'influence directe de l'injection ne nous paraît pas discutable. Voici cette observation :

Une femme de 38 ans, obèse, entre au service pour une énorme éventration consécutive à une hystérectomie faite il y a plusieurs années. Après quelques jours de repos et de préparation médicale, on pratique la cure, très pénible, de cette éventration ; on libère des adhérences nombreuses avec le tranverse et le grêle. Les suites opératoires sont d'abord simples ; quelques gaz passent, peu nombreux, aux deuxième et troisième jours. Puis, arrêt complet des gaz au quatrième jour, ballonnement progressif et apparition de vomissements. On pratique des lavages d'estomac, combinés à la position ventrale intermittente. La nuit suivante, les vomissements deviennent plus abondants et l'état s'aggrave ; on décide de faire du sérum hypersalé. Une injection est pratiquée, de 10 cm^3, d'une solution à 20 %. Pendant l'injection, qui est faite peut-être un peu trop vite puisqu'elle ne dure que trois minutes environ, la malade ne signale aucun malaise spécial. Mais, trois minutes à peine après la fin, elle commence à s'agiter et à parler d'une façon désordonnée. Puis, rapidement, se développe un état d'agi-

tation extraordinaire; la malade, qui est énorme, se dresse sur son séant, veut descendre de son lit et pousse des cris. Dans un véritable délire furieux, elle profère sans une seconde d'arrêt un flot d'injures invraisemblables, terrifiant toutes les autres malades de la salle. Pendant près de dix minutes, cette agitation ne fait que s'amplifier et on a un mal inouï à maintenir la malade dans son lit. Puis, brusquement, elle se calme et meurt en un instant.

Il n'est pas de notre compétence d'émettre une hypothèse sur la pathogénie de ces accidents cérébraux ; mais leur relation avec l'injection nous paraît trop manifeste pour que nous ne nous soyons pas crus obligés de les signaler.

L'usage d'une solution plus faible, à 10 % par exemple, comme la préconise actuellement M. le Professeur Gosset, mettrait peut-être à l'abri de pareils accidents.

Le dosage préliminaire des chlorures n'avait pas été pratiqué chez notre malade; mais comme la thérapeutique hypersalée donne parfois des résultats remarquables en dehors de toute chloropénie, il nous paraît difficile d'imposer systématiquement ce dosage avant son emploi.

Quant à la rapidité de l'injection, on ne saurait trop insister sur le précepte, de procéder avec une extrême lenteur. En cas d'intolérance, cela permettrait peut-être de voir les accidents s'amorcer avant la fin et d'y couper court en retirant immédiatement l'aiguille. Nous insistons cependant sur ce fait que notre injection, si elle a été trop rapide, fut loin d'être brutale, et que les accidents ne se sont pas déclarés instantanément. Il n'est donc pas absolument prouvé qu'une injection très lente les éviterait infailliblement.

Quoi qu'il en soit, loin de tirer de ce cas malheureux un argument contre la méthode, nous avons continué à l'employer là où elle nous paraissait indiquée, et cela, presque toujours, avec d'excellents résultats.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE SPÉCIALE

GYNÉCOLOGIE

LES MALFORMATIONS UTÉRINES

Nous nous sommes particulièrement intéressés aux indications chirurgicales dans les néoformations utérines et en avons fait l'objet d'un mémoire spécial.

LES APLASIES GÉNÉRALISÉES DE L'APPAREIL GÉNITAL

(Nos 48 et 66)

LES INDICATIONS CHIRURGICALES

A) Les malades qui ne souffrent pas ne sont justiciables d'aucune opération. L'opothérapie, sous toutes ses formes, mono ou pluriglandulaire, peut être tentée. Si la malade est jeune, on peut espérer en la valeur, non seulement supplétive mais stimulatrice de cette opothérapie.

Il est vrai qu'il faut distinguer : si la cavité vaginale existe, ainsi que l'orifice cervical, la menstruation peut être escomptée et stimulée sans inconvénients.

Au contraire, en cas d'impossibilité anatomique de menstruation, l'opothérapie pourra déclencher peut-être des accidents douloureux. On en usera donc avec circonspection.

B) *Les douleurs* constituent l'indication fondamentale à intervenir. On peut négliger, en effet, les indications accessoires tirées d'une affection ovarienne, ou d'un autre organe du voisinage.

1° Chez une *malade jeune,* qui souffre depuis sa puberté, c'est-à-dire, depuis peu de temps :

a) On essaiera l'opothérapie s'il y a possibilité anatomique de menstruation ;

b) On interviendra, au contraire, aussitôt, s'il y a impossibilité anatomique, avec la réserve qu'on s'attachera à conserver au moins un ovaire. Il est, en effet, à prévoir que les douleurs iront en augmentant et forceront à intervenir plus tard ;

2° Chez une *malade plus âgée,* l'intensité des douleurs commandera l'opération, après échec du traitement antinévralgique banal. Ce dernier sera institué plus ou moins longtemps selon les cas :

a) Si la malade est encore relativement jeune, si elle n'a jamais été réglée, si elle souffre depuis longtemps, l'indication est formelle d'intervenir sans autre essai thérapeutique ;

b) Si une menstruation minime, mais réelle, a existé pendant quelques années, si la malade approche de l'âge de la ménopause, on sera autorisé à prolongé un peu le traitement antinévralgique, complété ou non, par de l'opothérapie. On peut espérer, en effet, que l'atrophie précoce qui a annihilé le fonctionnement d'un endomètre rudimentaire, atteindra également les ovaires et que les poussées menstruelles douloureuses cesseront d'elles-mêmes rapidement.

Les interventions possibles

On peut : extirper un ou les deux ovaires seuls ; enlever l'utérus seul ; faire l'hystérectomie ou une hémihystérectomie ; enfin, agir sur le sympathique pelvien.

1° *Interventions sur l'ovaire:*

a) *Enlever un ovaire,* seulement, sous prétexte qu'il paraît scléro-kystique, n'est guère recommandable. Sous prétexte de conserver la sécrétion interne de l'ovaire restant, on s'expose grandement à voir reparaître les poussées douloureuses dans le tissu utérin laissé en place.

b) *Enlever les deux ovaires,* est beaucoup plus rationnel, mais, a cependant quelques inconvénients.

Avantages. — Supprimer l'organe responsable de la poussée congestive doit suffire à supprimer cette dernière et les douleurs qui l'accompagnent, sans qu'il soit nécessaire de faire plus. Les ovaires sont le plus souvent très faciles à extirper isolément, plus faciles même qu'en temps habituel à cause du peu de vascularisation de leur méso. On ne touche pas à l'utérus ou plutôt aux rudiments qui le représentent, d'où, intervention courte et sans aucun danger.

Inconvénients. — On supprime une sécrétion interne qui est réelle puisque les caractères sexuels secondaires existent dans ces cas. On s'expose donc aux troubles habituels de la castration chirurgicale.

2° *Interventions sur l'utérus seul;*

a) *Avantages.* — En supprimant l'organe où se font les poussées congestives simples ou hématométriques, on doit supprimer les douleurs, tout en conservant intacte la sécrétion ovarienne;

b) *Inconvénients.* — En laissant les ovaires, généralement à tendance scléro-kystique, on s'expose aux douleurs propres à cette dégénérescence, à la névrite ovarienne avec tout son cortège de troubles réflexes.

De plus, pour supprimer toute poussée douloureuse, il faut enlever tout l'appareil utéro-salpingien au complet; autrement on s'expose à des récidives.

Il faudrait même en principe, faire plus, puisque des organes comme les ligaments ronds se sont montrés capables de tuméfaction douloureuse au cours des crises périodiques.

Or, cette ablation, si elle est le plus souvent facile est parfois au contraire, d'une difficulté réelle, et expose incontestablement à quelques risques, en particulier du côté des uretères;

3° *Les hystérectomies;*

a) *L'hémihystérectomie,* enlevant tout un côté de l'appareil génital et laissant subsister l'autre, nous paraît illogique. Elle a cependant été réalisée à plusieurs reprises. Sans doute, on enlève, par définition, le côté qui s'est montré exclusivement douloureux; mais, puisqu'on laisse un ovaire, on s'expose à la récidive des accidents (rétention ou poussée congestive), dans la moitié utérine restante. Il faut enlever, ou les deux ovaires, ou le tissu utérin en entier, ou le tout, mais pas la moitié de l'un et de l'autre;

b) *L'hystérectomie* proprement dite est beaucoup plus rationnelle; elle a toutes les chances de supprimer les douleurs; mais elle a l'inconvénient de la suppression ovarienne d'une part, d'une certaine difficulté technique dans certains cas d'autre part;

4° Aucune intervention *sur le sympathique pelvien* n'a encore été publiée dans les aplasies utérines. Et pourtant, elle serait utile sans doute dans quelques cas de douleurs très anciennes, persistantes, irradiant à tout le bassin, prenant l'allure de la plexalgie hypogastrique.

Se borner à faire une sympathectomie péri-iliaque ou une résection du nerf présacré serait évidemment parfaitement déraisonnable; mais, à titre complémentaire, l'opération de Cotte, si facile et si bénigne, nous paraît digne d'être essayée.

Conclusion

1° *Chez une femme jeune;* en principe, conserver un ovaire, mais à condition d'enlever tout le tissu utérin.

a) Si l'hystérectomie est facile, enlever le tout sauf un ovaire;

b) Si, au contraire, comme il peut arriver, l'hystérectomie s'annonce assez difficile parce que la topographie

du pelvis est trop modifiée, on est autorisé, croyons-nous, à se contenter d'enlever les deux ovaires, malgré les inconvénients de cette ablation au point de vue sécrétion interne;

2° *Chez une femme plus âgée;* l'ovariectomie a moins d'importance et doit être pratiquée d'abord et avant tout; après quoi, on agira différemment sur l'utérus selon les cas.

a) Si l'ablation est simple, hystérectomie complète;

b) Si des difficultés sont à prévoir et, en particulier, si la malade n'est pas résistante, il n'y a aucun inconvénient sérieux à laisser en place le tissu utérin.

Ce dernier, en effet, isolé des ovaires, ne donnera sans doute aucun trouble; il n'est susceptible d'occasionner par lui-même aucun ennui (infection, dégénérescence), par conséquent, il peut être laissé en place.

LES INDICATIONS DANS LES UTÉRIES UNIQUES A COL IMPERFORÉ

(N° 48)

Après avoir étudié les opérations conservatrices possibles dont les types principaux sont la trachélostomie de GOUILLOUD, l'opération de HALBAN, celle d'HOFFMEIER, non concluons en faveur de l'hystérectomie.

Que penser, en effet, des opérations conservatrices?

Mettons à part les simples ponctions vaginales d'un hématomètre cervical bombant et rénitent à la pression du doigt, opération exceptionnelle mais facile et justifiée, avec la réserve sur l'opportunité d'une laparotomie concomitante à titre d'exploration. Mettons également de côté les cas où la disposition est celle de l'observation de GOUILLOUD, disposition schématique où l'on peut faire l'incision cunéiforme régulière et la trachélostomie idéale, ce qui doit être rarissime.

Tous les autres cas, c'est-à-dire ceux où un bloc assez épais sépare le vagin de l'extrémité inférieure de l'utérus,

nous semblent plutôt justiciables de l'hystérectomie que des opérations conservatrices.

Pour que celles-ci soient rationnelles, en effet, il faut qu'elles soient parfaitement faites, avec affrontement et suture des muqueuses utérines et vaginales, assurant un canal perméable, ce que ne fait certainement pas la simple traversée au trocart, même complétée par le passage d'une canule ou d'une mèche. Or, ce sont là, incontestablement, des opérations pénibles, faisant courir des risques réels; et puisque la conception est le plus souvent impossible et même très peu désirable, on ne comprend pas très bien l'utilité de pareilles subtilités chirurgicales.

Il suffit, puisqu'il s'agit de malades jeunes, de conserver les ovaires. Assurer en surplus une menstruation, le plus souvent irrégulière et insignifiante, et cela, au prix d'assez gros risques, nous semble déraisonnable.

LES UTÉRUS DOUBLES

(Nos 48, 18, 67)

Les indications chirurgicales dans leurs rapports avec la grossesse

A) *Les erreurs de diagnostic.* — Elles sont possibles et même fréquentes.

I. *Laparotomie simple.* — Si la malade a déjà eu des grossesses normales, ou tout au moins, si elle n'a pas derrière elle un passé obstétrical chargé (avortements à répétition, par exemple), le plus sage est de refermer le ventre une fois la malformation et la grossesse découvertes. Il y a de fortes chances pour que l'évolution se poursuive normalement jusqu'au bout. Il n'en est pas toujours ainsi et la laparotomie simple est parfois suivie d'un avortement rapide malgré les précautions d'usage.

II. *Extirpation de l'utérus gravide.* — Nous en avons rapporté une observation personnelle.

1° *Volontaire.* — Dans quelques cas, l'examen attentif fait supposer que la grossesse ne pourra pas aller à terme, quand elle est développée, par exemple, dans un corps utérin plus petit que son congénère et complètement couché sur le flanc. Sans doute, dans des cas de ce genre, on peut voir cet utérus presque horizontal se relever, se détacher en quelque sorte du tissu cellulaire pelvien, puis devenir vertical et rejeter à son tour, sur le flanc, l'utérus congénère qui jusque là était en bonne position.

Mais, cette évolution heureuse n'est cependant pas réalisée à tout coup; et, pour peu que la malade ait eu un ou, à plus forte raison, plusieurs avortements antérieurs, nous croyons l'opérateur autorisé à profiter de la laparotomie pour corriger la malformation. Il enlèvera donc l'utérus parturient mais placé dans des conditions trop défectueuses.

A condition, évidemment, que cet utérus gravide paraisse nettement en état d'infériorité, autrement, il va sans dire si l'on veut corriger la malformation, que c'est l'utérus vide qu'il faudrait enlever.

Il existe d'ailleurs tous les intermédiaires entre ces utérus gravides mal placés et de musculature en apparence médiocre, et les cornes rudimentaires gravides, dont l'ablation n'est plus facultative mais d'une nécessité absolue.

2° *Involontaire.* — Dans l'immense majorité des cas, les hystérectomies faites sur des utérus doubles gravides ont été la conséquence involontaire d'une erreur de diagnostic, erreur persistant malgré la laparotomie.

B) *Les opérations préservatrices.* — Le but des interventions préservatrices peut être conçu de deux façons bien différentes: ou bien, empêcher tout accident futur en rendant toute fécondation ultérieure impossible; ou bien, réparer la malformation et rétablir la topographie utérine normale (en dehors ou pendant la grossesse même).

I. *La stérilisation.* — La stérilisation, dans les utérus doubles, destinée à interrompre une série d'accidents ges-

tatifs, a été rarement réalisée. Elle peut l'être dans deux circonstances différentes : ou bien, de propos délibéré et à froid en quelque sorte, c'est-à-dire en tant qu'opération unique ; ou bien, à l'occasion d'une laparotomie déterminée pour une autre cause.

II. *Les interventions réparatrices.*

1° *En dehors de la grossesse.* — Toutes les interventions conservatrices : ablation d'une corne rudimentaire, ablation d'une corne plus développée, hémyhystérectomie proprement dite, enfin opération de STRASSMANN, visent essentiellement à rétablir la conformation normale de l'utérus et à donner à ce dernier toutes les chances de mener à bien des grossesses ultérieures.

2° *Au cours de la grossesse.* — Chez une femme qui a eu de nombreux avortements et qui désire vivement un enfant, on est parfaitement autorisé, si le diagnostic de malformation est bien établi, à intervenir pendant l'état de gestation et à faire une ablation d'une corne ou même une hémyhystérectomie.

C) *Les ruptures de cornes utérines rudimentaires gravides.* — Le *traitement* de la grossesse développée dans une corne rudimentaire est, en fait, celui de la grossesse extra-utérine. Soit qu'on intervienne d'urgence pour une inondation péritonéale, soit qu'on opère à froid pour une tumeur abdominale de nature indéterminée, il faut faire l'ablation de la corne, en laissant en place, autant que possible, l'utérus. Certains auteurs ont conseillé l'hystérectomie sous prétexte qu'il facilite l'intervention et que l'utérus restant, malformé, était impropre à la grossesse normale. C'est manifestement une opinion exagérée. En réalité, des femmes ont présenté des grossesses normales antérieures et des grossesses postérieures aux accidents dus à la corne rudimentaire.

Au point de vue *technique,* toute la difficulté réside, comme dans toutes les opérations conservatrices, à reconstituer minutieusement la paroi utérine. Ce qui suppose une

hémostase rigoureuse, une bonne suture, enfin, une parfaite couverture péritonéale. Nous avons insisté sur ces divers points.

D) *Les indications opératoires dans les dystocies.*

I. *Les dystocies par présentation vicieuse.* — Elles peuvent, exceptionnellement, nécessiter une césarienne.

II. *Les dystocies du col.* — Elles sont du domaine obstétrical; rarement, elles se terminent par une césarienne.

III. *Les dystocies par l'utérus congénère.* — Elles sont de nature variable; l'utérus conjoint peut être lui-même gravide et gêner par son volume; il peut être hématométrique; enfin, il peut se renverser en arrière et se coïncer dans le pelvis, résistant à toute manœuvre obstétricale de désenclavement. Nous n'avons envisagé que ce dernier cas, car il est du domaine chirurgical ou tout au moins mixte.

Dans ces cas de dystocie par corne prævia enclavée, la solution du problème posé est variable; on peut:

1° *Faire la césarienne seule* sans s'occuper de l'obstacle;

2° *Faire la césarienne suivie d'hystérectomie.* Cette dernière peut être justifiée pour des raisons obstétricales (infection), ce qui ne nous intéresse pas. Elle peut, au contraire, être imposée à l'opérateur pour des raisons purement chirurgicales de difficulté technique;

3° *Faire la césarienne suivie de l'ablation de la corne prævia.* On réalise ainsi à la fois l'indication obstétricale et chirurgicale;

4° *Faire l'ablation seule de la corne enclavée* et compléter l'accouchement par les voies naturelles.

E) *Les indications après l'accouchement.* — Elles sont exceptionnelles. Nous ne signalons que deux observations: celle d'un chorio-épithéliome développé dans un utérus unicorne, enlevé par hystérectomie; et celle d'une rétention de fœtus macéré dans la partie gauche d'un utérus double.

Les indications chirurgicales en dehors de la grossesse

La pathologie des utérus doubles ne diffère pas essentiellement de celle des utérus normaux, si toutefois l'on met à part l'hématométrie.

Nous avons envisagé successivement les diverses complications en insistant évidemment sur leurs caractères spéciaux aux utérus malformés et en discutant surtout sur l'opportunité d'une intervention conservatrice ou radicale.

A) *Les utérus doubles douloureux sans complication surajoutée.*

Nous entendons par là les utérus doubles douloureux par eux-mêmes, à cause de la malformation seule, sans qu'on puisse déceler ni hématométrie, ni infection, ni déformation mécanique notable. La nature et l'origine des douleurs sont alors variables.

I. *Cornes utérines rudimentaires.* — Toutes les cornes utérines peuvent être douloureuses en elles-mêmes, quand elles sont le siège de poussées congestives menstruelles.

Nous avons vu que dans les aplasies généralisées, il fallait enlever, ou bien les deux ovaires, ou bien le tissu utérin, ou tout l'appareil génital. Dans les cas que nous envisageons ici, il n'en est plus de même. Il existe un hémiutérus bien conformé, susceptible de menstruation régulière et de grossesse. Comme il s'agit presque toujours de femmes très jeunes, il faut être conservateur et se limiter à l'ablation de la corne rudimentaire. On laissera en place les deux ovaires. Cependant, si celui qui correspond au côté douloureux est atrophique, bourré de petits kystes, en l'enlèvera pour éviter la persistance d'une ovarialgie tenace.

II. *Ligament vésico-rectal.* — Le ligament vésico-rectal est peut-être responsable de certaines douleurs continues et non plus périodiques.

En cas d'une femme jeune, l'ablation d'un des corps, n'importe lequel, suivie de la résection de la bride vésico-

rectale et terminée par une péritonisation régulière, mettrait sans doute fin aux douleurs à condition, bien entendu, que ces dernières ne soient pas dues à une toute autre lésion.

III. *Sténose.* — La sténose partielle de l'orifice de communication entre la cavité d'un corps et la cavité cervicale principale peut être enfin à l'origine de crises douloureuses analogues à celles de la dysménorrhée de l'utérus unique.

B) *Les utérus doubles hématométriques.*

I. *Les hématométries minuscules.* — Non cliniquement perceptibles, elles ne sont pas exceptionnelles; leur diagnostic est difficile et souvent elles passent inaperçues. Bien des utérus douloureux ont dû être enlevés qui étaient porteurs d'une de ces petites cavités hématométriques.

II. *Les hématométries volumineuses.* — Cliniquement décelables. Ce sont les plus fréquentes, celles qui ont fait l'objet de bien des travaux. Nous n'avons envisagé que leurs indications opératoires.

Les interventions possibles et leurs indications.

1° *La ponction et l'incision vaginales* sont les opérations les plus anciennes. Elles sont :

difficiles quand il y a atrésie vaginale, ou bien quand la tumeur hématométrique se trouve haut située et difficilement accessible (ce qui est le cas pour les utérus bicorps unicol par exemple);

dangereuses pour plusieurs raisons : elles sont aveugles et exposent à la blessure des organes voisins (artères, vessie, rectum, anses grêles); elles ne donnent pas toujours une évacuation suffisante du contenu de l'hématométrie, et si, pour aider à l'écoulement du sang, on exerce des pressions abdominales sur la tumeur, on risque de rompre des adhérences et surtout de faire éclater un hématosalpinx concomitant (et qui existe dans au moins 1/3 des cas). Enfin, après évacuation des caillots, il reste une vaste poche qui peut s'infecter et suppurer par suite des manœuvres septiques ou secondairement; cette infec-

tion risque de monter et de s'étendre à l'hématosalpinx, déterminant, comme dans beaucoup d'observations anciennes, une péritonite mortelle.

Aussi, est-il établi sans conteste que toute manœuvre vaginale doit être précédée d'une intervention abdominale dont elle n'est que le complément.

2° *L'hémyhystérectomie* est l'intervention de choix, celle qui assure au mieux la conservation. Malheureusement, elle n'est pas toujours réalisable, loin de là; ses difficultés sont très variables.

a) Dans une *corne rudimentaire pédiculée,* elle est facile.

b) Dans une *corne rudimentaire sessile,* la tumeur hématométrique est adhérente à l'utérus et parfois même enclavée dans l'épaisseur de sa paroi. L'ablation en est cependant presque toujours très facile, par une intervention comparable en tous points à une myomectomie pour fibrome sous-péritonéal. On réparera la brèche par un capitonnage au catgut; il importe que la réparation soit faite soigneusement en vue des grossesses ultérieures possibles.

c) Dans un *corps utérin mieux développé,* tel qu'on le rencontre par exemple dans la variété bicorps unicol, l'intervention est théoriquement facile; malheureusement, dans la pratique, les difficultés commencent et sont parfois insurmontables. Dans certaines hématométries volumineuses, tout le petit bassin est rempli par la tumeur, coiffée ou non d'un hématosalpinx parfois lui-même très volumineux. Le corps utérin perméable est alors plaqué contre la poche, à peine visible; il est transformé en une espèce d'appendice, accessoire par rapport à la masse hématométrique.

d) Il en est à plus forte raison de même dans les *utérus didelphes ou pseudo-didelphes.* Sans doute, si l'atrésie siège au niveau de l'isthme, une hémyhystérectomie subtotale est possible et même théoriquement facile. Mais, si l'atrésie, au contraire, siège, comme c'est le cas le plus fréquent, au niveau de l'orifice externe, la cavité cervi-

cale elle-même est hématométrique; elle forme alors une grosse tumeur renflée, plus volumineuse que celle formée par le corps utérin, lui-même distendu. Et, l'ablation de cette partie basse de la poche hématométrique, coïncée dans la paramètre, flanquée d'un et parfois des deux uretères intimement accolés contre elle, est, non seulement, laborieuse, mais pleine de risques. C'est là que l'hémy-hystérectomie cède le pas à l'hystérectomie et que cette dernière elle-même est parfois impossible.

3° *L'hystérectomie* est une méthode de nécessité. On l'emploiera d'abord évidemment dans les cas exceptionnels d'hématométrie double dans les deux corps utérins; mais, surtout, dans tous les cas difficiles d'hématométrie unilatérale; et, ces cas sont plutôt la règle que l'exception.

Un problème commun à l'hémy et à l'hystérectomie est de savoir s'il faut faire une subtotale ou une totale. Ce sont des cas d'espèce.

a) Si l'atrésie porte à l'orifice externe du col, à plus forte raison sur la partie supérieure du vagin, il faut faire une totale.

b) Si l'atrésie porte sur l'isthme, il faut distinguer:

si le col est perméable ainsi que le vagin, la subtotale suffit amplement;

si le col est imperméable (soit qu'il y ait simultanément atrésie de l'orifice externe ou de la partie supérieure du vagin, soit que le col ne soit représenté que par un tractus plein en apparence), il faut faire en principe, une totale; surtout si l'on tient à conserver un ovaire, car, dans ce moignon de col il peut se développer après coup une nouvelle cavité hématométrique nécessitant une réintervention.

4° *La marsupialisation* est évidemment un pis aller, réservée à des cas exceptionnellement difficiles. On la réservera, d'une part, aux poches suppurées, d'autre part, à celles que des adhérences par trop intenses empêchent d'extirper. Elle sera une précieuse ressource pour l'opérateur, après l'ablation incomplète d'un hématomètre, et

devant la nécessité de terminer rapidement une intervention déjà choquante.

En principe, si on pratique simultanément la castration, la marsupialisation doit pouvoir guérir définitivement la malade; en réalité, il n'en est rien dans la majorité des cas et on est obligé alors de réintervenir par le vagin pour y établir une fistulation; sans cela, la fistule abdominale persiste indéfiniment. Il en est à plus forte raison de même si on laisse en place un ou les deux ovaires; la sécrétion menstruelle continue à se faire dans le fond de la poche marsupialisée et si l'orifice abdominal se ferme, l'hématométrie reparaît.

Malgré cela, la marsupialisation reste une excellente méthode, dans des cas biens spéciaux où on ne peut rien faire d'autre sans de trop gros risques; et le fait qu'une fistulisation vaginale ultérieure soit le plus souvent indispensable ne détruit pas ses avantages.

Il nous semble que, dans tous les cas, elle devra être précédée d'une castration.

5° *La salpingectomie unilatérale* suivie de l'ouverture vaginale de l'hématomètre. La laparotomie est toujours indiquée, quel que soit le plan opératoire. Mais, une fois l'hématosalpinx enlevé, on peut refermer le ventre et agir sur l'hématomètre uniquement par voie vaginale. Evidemment, elle ne corrige pas la malformation et, en cela, elle est inférieure à l'hémyhystérectomie, mais, par contre, elle peut être précieuse dans certains cas difficiles où toute extirpation abdominale paraît devoir être trop pénible et risquée, surtout si la malade est peu résistante. Une condition évidente est que la poche hématométrique soit facile à atteindre par le vagin; autrement, les manœuvres vaginales deviennent elles-mêmes plus dangereuses qu'une extirpation par l'abdomen.

6° *La castration bilatérale* n'est évidemment pas une intervention conservatrice, mais elle a le gros avantage de sa presque absolue bénignité opératoire, ce qui n'est pas à négliger dans toute cette chirurgie pleine de difficultés et de risques. Chez des malades affaiblies et chez

lesquelles une intervention plus rationnelle, en particulier réparatrice, semblerait trop dangereuse, on peut appliquer cette méthode, surtout à partir d'un certain âge. La ménopause anticipée que l'on provoque doit empêcher l'hématomètre de s'accroître et ce dernier, ponctionné par l'abdomen ou par le vagin, ne doit plus se reproduire.

7° Enfin, *l'opération de* STRASSMANN est sans conteste l'intervention indéale, la plus conservatrice de toutes. Mais elle est peu souvent réalisable.

C) *Les utérus doubles compliqués.*

Nous avons envisagé les indications dans les utérus doubles compliqués de salpingite, de tumeur, de vice de position ou de grossesse extra-utérine.

D) *L'opération de* STRASSMANN.

C'est théoriquement l'intervention idéale applicable aux utérus doubles. Elle consiste à reséquer la partie interne des deux corps utérins et à réunir leurs parties externes pour reconstituer un corps unique.

L'objection principale qu'on puisse lui faire est la possibilité de rupture lors d'un accouchement ultérieur ; mais, comme le dit cet auteur, les risques ne sont pas plus grands qu'après la césarienne. La solidité de la suture est d'ailleurs démontrée par les neuf observations d'accouchements ultérieurs normaux publiés jusqu'à ce jour.

Cependant, il nous semble que la métroplastik ne s'applique qu'à des cas bien spéciaux : il faut deux cornes rigoureusement égales et symétriques ; il est évident qu'on ne pourra rattacher une corne rudimentaire ou accessoire à une corne normale. Il faut, de plus, que l'écartement des deux corps utérins ne soit pas exagéré. Enfin, il nous semble que tous les cas compliqués ne sont plus du ressort de l'opération de STRASSMANN (sauf, peut-être, les petites hématométries).

L'indication idéale nous semble fournie par les cas, soit de stérilité, soit d'avortements répétés. L'examen, surtout avec la radiographie au lipiodol, décèlera alors la malformation et établira du même coup la grandeur et les formes

respectives des deux corps utérins, ainsi que la perméabilité ou l'obturation des trompes. Il est bien évident, en effet, que l'opération de Strassmann doit être soumise aux mêmes règles qui régissent la conservation et que nous verrons plus loin.

E) *Considérations générales sur les indications opératoires.*

I. *Les éléments du traitement conservateur.* — Dans une communication à la Société de Chirurgie de Paris, en 1910, Rochard donnait comme critérium permettant de prendre une décision opératoire dans les utérus doubles : les antécédents génitaux de la femme. Il conseillait de respecter l'utérus si la femme avait eu plusieurs grossesses normales et, au contraire, de l'en débarrasser si elle avait eu plusieurs accidents gestatifs ou si elle était stérile.

On a peine à comprendre maintenant cet argument et on pourrait plus justement en prendre le contre-pied.

1° Si une femme, qui a déjà eu plusieurs grossesses normales, est opérée et présente un utérus double, la question de la malformation en elle-même n'a pas d'importance et ce n'est pas elle qui a déclanché l'intervention le plus souvent ; il s'agit par exemple de salpingite, de fibrome ; et les indications sont celles de ces affections indépendamment de la malformation. Si cette dernière intervient, ce serait plutôt pour encourager à être radical, puisqu'un utérus malformé est évidemment plus susceptible d'accidents qu'un utérus normal.

S'il s'agit d'une conséquence de cette malformation (ce qui est exceptionnel puisque des grossesses ont déjà évolué sans ennuis), d'une hématométrie par exemple, le fait que la femme ait déjà eu des enfants encourage certainement à être plus radical et à ne pas s'acharner à faire de la conservation dans des cas difficiles, et ce sont les plus nombreux. C'est d'autant plus évident que par définition la malade aura déjà un certain âge.

2° Si la malade a déjà eu des avortements successifs, elle sera, au contraire, opérée assez tôt. Son âge, son désir

de maternité sont déjà de précieux arguments en faveur d'une conservation. Le fait qu'une grossesse n'a pu jusqu'ici évoluer normalement demande plutôt une intervention conservatrice, cette dernière ayant précisément pour but de réparer la malformation et de rendre la gestation possible. Les observations, d'ailleurs, prouvent qu'elle y réussit le plus souvent, ou tout au moins dans un nombre très important de cas.

3° Si, enfin, aucune grossesse n'a été ébauchée, c'est que des accidents (généralement hématométriques) obligeront à intervenir chez une femme très jeune; et la nécessité d'être conservateur s'impose plus encore, si les possibilités techniques le permettent.

Il nous semble donc que l'argument des antécédents génitaux peut être interprété d'une façon inverse de celle de ROCHARD.

Ce sont les éléments objectifs qui nous paraissent surtout de quelque valeur; ils sont variables, selon que la malformation est reconnue d'avance ou constitue une surprise opératoire.

Le diagnostic préopératoire de malformation est fait.

1° *L'examen du vagin et du col donnent* déjà des renseignements. Il est évident que l'absence totale du col, ou son atrésie, ou un cloisonnement épais du vagin, interdisent toute opération plastique utérine.

2° Mais c'est l'*exploration lipiodolée* qui donnera les renseignements les plus précieux. Elle renseignera :

a) Sur le degré de perméabilité du col et de l'isthme;

b) Sur la forme des corps utérins et la grandeur de leur cavité;

c) Sur la perméabilité des trompes.

Muni de ces renseignements, l'opérateur pourra se décider sans hésitation : si une lésion l'oblige à enlever un corps, il saura d'avance la valeur morphologique du corps congénère, et si la conservation de ce dernier est possible.

S'il intervient dans un but purement plastique (pour empêcher des accidents gestatifs par exemple), il agira

au mieux, soit en enlevant le corps utérin le moins développé, soit en faisant l'opération de STRASSMANN. Il faut évidemment, pour cette dernière, que les deux corps aient une cavité à peu près égale et symétrique, et surtout qu'une trompe au moins soit perméable.

Le diagnostic n'est pas fait d'avance.

C'est l'exploration opératoire qui, seule, tranchera le débat. Il faut:

a) Explorer d'abord *les annexes* de l'utérus que l'on veut garder. Si elles sont malades (trompe rouge et dilatée, pavillon fermé, ovaire bourré de kystes ou réduit à un petit caillou), la conservation de l'utérus seul est parfaitement inutile.

b) Si les annexes sont saines, explorer le corps utérin restant; voir s'il a un développement suffisant, si son orientation n'est pas trop défectueuse, si ses parois ont des chances de mener à bien une grossesse.

II. *Les limites de la conservation.* — Il y a des cas où, incontestablement, il faut être radical.

1° En cas de tumeur maligne, cela va sans dire.

2° En cas de lésions inflammatoires bilatérales des annexes.

3° En cas d'insuffisance par trop manifeste de l'utérus restant ou de ses annexes.

4° En cas d'impossibilité technique.

A vrai dire, dans certains cas difficiles, l'intervention radicale est aussi dangereuse que la conservatrice. Supposons, par exemple, un utérus bicorps unicol, ou encore un pseudo-didelphe, dont un corps est couché dans le paramètre et complètement adhérent. L'avantage d'une radicale est de pouvoir, selon le précepte bien connu, commencer par le côté sain pour se faire du jour et pratiquer une intervention à la Kelly, en décollant les organes adhérents par le bas. En réalité, il ne semble pas que cette technique soit très recommandable ici. Un corps utérin couché dans le paramètre n'est pas assimilable à un pyosalpinx; l'aborder par sa région cervicale dans laquelle il faudra tailler à coups de ciseaux, fait courir plus de

risques à l'uretère que la pratique habituelle du Wertheim: découverte de l'uretère au promontoire, descente tout de son long par dissection progressive, et désenclavement au fur et à mesure du corps utérin plaqué contre la paroi pelvienne.

A côté de ces cas, il y en a d'autres ou l'avantage d'une opération radicale est alors manifeste: une hématométrie unilatérale volumineuse, absorbant en quelque sorte le corps utérin congénère, sera plus facile à enlever en bloc que par séparation des deux hémiutérus.

C'est affaire de bon sens, ou plutôt de sens tactique, pour le chirurgien, de savoir par avance dans quelle mesure l'exécution d'une intervention radicale facilitera sa tâche.

HÉMORRAGIES PÉRITONÉALES D'ORIGINE OVARIENNE

(N° 75)

Nous avons observé récemment deux cas d'hémorragie intra-abdominale par rupture folliculaire. Alors que dans la règle il s'agit le plus souvent d'hémorragies minimes aboutissant à de petites hématocèles, dans un de nos cas l'inondation péritonéale a été particulièrement abondante et a déterminé une réaction clinique impressionnante. La malade, atteinte de douleurs excessivement violentes, était pâle, le pouls à 100, le ventre tendu, sans contracture vraie. On trouva près d'un litre de sang, avec un ovaire droit entouré de caillots et présentant un petit orifice cratériforme de la grosseur d'un gros pois, laissant encore couler du sang rouge. Ablation des annexes droites et suites normales.

Dans notre deuxième cas, opéré avec un diagnostic un peu incertain, il n'y avait que deux à trois cuillerées à soupe de sang dans le Douglas et un petit point saignant sur l'ovaire droit; on cautérisa simplement ce dernier au thermo.

RÉFLEXIONS SUR LES RUPTURES DE PYOSALPINX EN PÉRITOINE LIBRE

(N° 45)

Nous avons opéré trois cas de rupture de pyosalpinx, terminés favorablement; une fois après hystérectomie et Mikulicz; deux fois après ablation de la trompe rompue et large drainage.

Il est probable que quelques ruptures passent inaperçues et sont prises pour des poussées de pelvi-péritonite. Nous ne croyons pas, en effet, qu'une rupture, même en péritoine libre, déclanche forcément une péritonite généralisée. A côté de perforations importantes, à travers lesquelles le pus peut couler à flot et une collection volumineuse se vider complètement, il semble, bien que ce point soit rarement précisé dans les observations, qu'on rencontre surtout de petites fissurations à travers lesquelles sourd le pus. Or, dans ce cas, il n'y a pas de différence essentielle entre la rupture et la poussée de pelvi-péritonite aiguë. Dans une pelvi-péritonite aiguë à gonocoque, si l'intensité des symptômes ou une erreur de diagnostic fait intervenir précocement, on voit des pavillons d'un rouge vif, tuméfiés, au milieu desquels sourd un pus épais, franc, qui bave dans le pelvis. Dans les cas où l'on n'intervient pas, il doit en être souvent de même, et pourtant les choses s'arrangent le plus souvent toutes seules, avec ou sans colpotomie ultérieure. Autrement dit, la rupture d'un pyosalpinx n'est pas synonyme d'une irruption brusque et massive de pus dans le ventre; elle aboutit parfois à une simple distillation de quelques gouttes de pus, sans évacuation de la cavité purulente elle-même; on conçoit qu'elle puisse alors prendre la symptomatologie d'une poussée de pelvi-péritonite et être traitée, avec raison d'ailleurs, médicalement.

C'est pour cette raison, que nous estimons par trop théorique la distinction faite par Huet dans son travail du *Journal de Chirurgie*, 1922, reprise par Lenormant

et KAUFFMANN dans la *Presse Médicale* de 1927, et acceptée par LAPEYRE dans *Gynécologie et Obstétrique* de 1928. Ces auteurs insistent sur la distinction entre la rupture traumatique, assez bénigne, puisque HUET ne relève que 3 morts sur 6 cas, et la rupture inflammatoire ou perforation, beaucoup plus grave, puisque HUET, sur 12 cas, relève 8 morts. La différence, d'après eux, tient à ce que dans le premier cas, le pyosalpinx laisse échapper un contenu peu ou pas septique, tandis que dans le second, il déverse dans le péritoine une culture microbienne très virulente.

Sans doute, cette distinction théorique est très logique, mais il y a d'autres facteurs qui interviennent et qui la rendent souvent illusoire et la preuve en est que sur 8 cas (5 de M. le professeur HAMANT et 3 nôtres), nous n'avons aucun mort, alors que l'influence d'un traumatisme n'est signalé dans aucun. Et pourtant, une de nos malades n'a été opérée que le troisième jours après le début des accidents. D'ailleurs, un traumatisme externe ne peut faire éclater une trompe que si cette dernière est très volumineuse, tendue, et surtout haute située, au voisinage du rebord du petit bassin, c'est-à-dire à la limite de la grande séreuse. La perforation aura des chances d'être étendue, véritable éclatement, et le pus fera vraiment irruption brusque dans le ventre. Au contraire, en cas de processus purement inflammatoire, il y a plutôt, comme nous le disions plus haut, fissuration et même souvent fissuration en plusieurs temps et écoulement de pus goutte à goutte; il est très rare, en effet, d'après les observations publiées et assez explicites à cet égard, qu'il y ait dans ces conditions une véritable évacuation d'une poche purulente. Les deux facteurs se contre-balancent; donc, d'un côté pus, en principe, peu virulent, mais faisant irruption brusque; de l'autre, pus virulent, mais peu abondant.

ÉPITHÉLIOMA MIXTE D'UN UTÉRUS GESTATIF
(N° 19)

Cette pièce, présentée à la Société anatomique de Paris, était un épithélioma adénoïde du segment inférieur et du col de l'utérus d'une femme enceinte de trois mois, intéressant par les remaniements épithéliaux et conjonctifs secondaires donnant lieu à l'image de l'épithélioma dit mixte adénoïde et malpighien et à celle de l'hypernéphrome surajoutée à ce dernier. Une seule observation d'hypernéphrome vrai de l'utérus a été rapportée jusqu'à ce jour. L'aspect hypernéphroïde de nos coupes était probablement dû à un processus métaplasique, par remaniements de l'épithélioma malpighien.

UN CAS DE SARCOME DU LIGAMENT ROND
(N° 63)

Les tumeurs malignes du ligament rond sont d'observation exceptionnelle.

De récents traités mentionnent simplement la statistique déjà ancienne de Delbet et Heresco, en 1896, sur les fibromes du ligament rond. Sur ces 16 cas, il y avait un seul fibrosarcome. En 1914, Taussig, dans *Surgery, Gynecology and Obstetric,* fait un relevé complet de tous les cas publiés, et sur 141 tumeurs du ligament rond, il ne trouve que 6 sarcomes. Ce sont les cas de Saenger (*Archiv. für Gynäkology,* 1883), de Fuerst (*Archiv. für Gynäkology,* 1886), de Weber (*Monatschrift für geburtsh und gynäk.,* 1899), de Frigyesi (*Centralblatt für Gynäkology,* 1902), de Maly (*Archiv. für Gynäk.,* 1905), enfin de Taussig lui-même. On peut y ajouter le cas de Forgue rapporté dans la thèse de Mlle Leonoff (Montpellier, 1910).

Depuis la guerre, on a publié d'assez nombreux cas de tumeurs inguinales, de types divers, en particulier, le type adénomyome; mais nos recherches ne nous ont pas fait découvrir de nouveaux cas de sarcome pur.

Une femme d'une quarantaine d'années nous est envoyée avec le diagnostic de hernie inguinale. A droite, on sent, à la palpation, une tumeur de la grosseur d'un œuf, dure, régulière, ne se modifiant pas sous l'influence de la toux, n'étant pas du tout réductible. Cette tumeur, aux dires de la malade, est apparue assez brusquement, il y a un mois, et a augmenté rapidement de volume; elle est un peu sensible à la palpation appuyée et aurait provoqué quelques douleurs spontanées légères au moment des époques précédentes.

Il y avait lieu de penser, soit à une épiplocèle simple, soit à une hernie de l'ovaire. L'intervention montra une tumeur régulière, sans bosselure, occupant la région extra-inguinale du ligament rond. Il fut impossible, d'une part, de trouver le moindre sac herniaire, et, d'autre part, d'isoler la terminaison du ligament rond qui semblait comprise dans la tumeur. Et, de fait, la libération très simple de cette tumeur montra qu'elle se prolongeait dans le canal inguinal par un pédicule d'ailleurs très mince qui était manifestement le ligament rond et son artère. Ligature de ce pédicule et fermeture de la paroi sans qu'on ait jugé utile d'ouvrir le canal inguinal.

La première impression était qu'il s'agissait d'une masse épiploïque anciennement enflammée et isolée de l'épiploon abdominal; bien que l'apparition clinique récente de la tumeur était peu favorable à cette hypothèse. La coupe macroscopique immédiate de la pièce ne faisait d'ailleurs pas du tout reconnaître de l'épiploon.

L'examen histologique a montré l'existence d'un sarcome fuso-cellulaire, caractérisé par des figures de mitose excessivement nombreuses et une vascularisation intense. La tumeur était circonscrite à la périphérie par quelques fibres musculaires du ligament rond.

Les suites opératoires immédiates furent évidemment

très simples. La malade rentra chez elle; mais, trois semaines après, elle commença à sentir quelques douleurs vagues dans la fosse iliaque droite, avec perception dans cette région d'une masse qui allait grossissant avec rapidité. Il y avait de la fièvre; la malade, alitée, périclitait à vue d'œil. Le médecin consulté pensa à des phénomènes infectieux aigus. Les choses allèrent en empirant et la malade entra à nouveau au service deux mois après son opération. A ce moment, elle était considérablement amaigrie, fatiguée; toute la fosse iliaque droite, depuis la cicatrice inguinale jusqu'à la région épigastrique, était remplie par une énorme masse, occupant presque le tiers de l'abdomen. Il y avait de l'œdème des deux membres inférieurs, surtout à droite, de la fièvre à 38-38°5.

Le diagnostic le plus vraisemblable cliniquement était celui d'épiploïte aiguë ou, tout au moins, subaiguë, comme on en rencontre rarement, il est vrai, après certaines cures d'épiplocèles insuffisamment aseptiques. Et pourtant, ce diagnostic était impossible, pour deux raisons: d'abord, parce qu'à l'opération on avait constaté qu'il n'y avait aucun pédicule épiploïque faisant communiquer la masse inguinale avec l'intérieur de l'abdomen; et, ensuite, parce que l'examen histologique, fait entre temps, avait montré que cette tumeur inguinale n'était pas de l'épiplocèle, mais une masse sarcomateuse.

Devant les symptômes alarmants présentés par la malade, on décida de faire une laparotomie exploratrice. Le ventre ouvert, on vit un épiploon congestionné, presque noir, aplati, ne descendant pas jusqu'à la région inguinale et recouvrant en partie l'énorme masse sentie à la palpation et qui semblait être rétro-péritonéale, sans qu'on puisse préciser davantage. On préleva un fragment de cette masse et on referma le ventre. Dix jours après, la malade rentra chez elle, plus amaigrie encore, avec des œdèmes plus accentués et de la gêne respiratoire, sans cependant de foyer pulmonaire perceptible: la masse abdominale semblait avoir encore augmenté de volume.

L'examen histologique du fragment montra qu'il s'agis-

sait d'un sarcome d'aspect excessivement malin, à très petits éléments, fuso-cellulaire.

Contre toute attente, la malade ne mourut pas rapidement, et c'est avec une véritable stupéfaction qu'on la revit, au bout de deux mois, revenir se montrer. Son état général était bien meilleur; l'œdème des membres inférieurs avait presque disparu; la masse abdominale existait encore, mais avait fondu au moins de moitié. Il n'y avait plus de température; la malade, qui se levait depuis quelques jours, pouvait circuler sans grande fatigue. A ce moment, les coupes histologiques furent révisées; elles furent soumises à l'examen du professeur Lucien Cornil, et le diagnostic du sarcome ne put qu'être maintenu malgré les apparences cliniques paradoxales.

Les événements, d'ailleurs, ne tardèrent pas à lui donner raisons; les mêmes symptômes réapparurent: œdème, amaigrissement, perte des forces obligeant la malade à s'aliter. La masse abdominale grossit à nouveau; la cachexie prit une allure accélérée et la malade mourut six mois après son opération initiale, en dehors du service, et sans que l'autopsie ait pu être pratiquée.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres. D'abord, à cause de la fâcheuse, mais inévitable, erreur du diagnostic, et surtout, du pronostic initial; et surtout, à cause de l'extrême rareté des tumeurs malignes sarcomateuses du ligament rond.

Ce qui caractérise notre cas et le différencie des autres, c'est l'extraordinaire rapidité de son évolution; dans tous les cas réunis par Taussig, au contraire, l'évolution a été lente et l'examen histologique a montré, en effet, qu'il s'agissait d'une dégénérescence sarcomateuse d'une tumeur bénigne ancienne. Cette dernière avait commencé à se manifester depui sun temps variable: 5 ans, dans le cas de Saenger, 6 ans, dans celui de Fuerst, 3 ans, dans celui de Weber, 2 ans 1/2, dans celui de Frigyesi, 16 ans, dans celui de Maly, 2 ans, dans celui de Taussig. Notre malade est morte 7 mois après la toute première apparition de sa tumeur.

Enfin, notre cas est un exemple curieux de cette extraordinaire régression apparente et temporaire de quelques tumeurs malignes après simple laparotomie.

ÉPITHÉLIOMA SPINO-CELLULAIRE DU CLITORIS
(N° 20)

Il s'agit d'une pièce présentée à la Société anatomique de Paris et caractérisée surtout par une résorption extraordinaire des globes cornés, qui presque tous sont envahis par des lymphocytes, des polynucléaires et, par endroits, des cellules épithélioïdes et des cellules géantes. Cette résorption, qui transforme ces globes cornés parfois en de véritables canaux par creusement de néo-cavités centrales, explique peut-être la lenteur de l'évolution du processus cancéreux. Le stroma, infiltré de lymphocyte, formant de véritables granulomes, présentait l'aspect particulier décrit par Masson.

La malade avait vu sa tumeur évoluer depuis quatre ans sans présenter une grande extension.

FIBROME SPHACÉLÉ ET ÉLIMINÉ PAR LE VAGIN
(N° 37)

L'immense majorité des fibromes dégénérés et éliminés par le vagin sont des fibromes sous-muqueux faisant une saillie dans la lumière utérine; l'ulcération muqueuse est alors la porte d'entrée de l'infection. Dans notre cas, le fibrome ne faisait aucune saillie dans la cavité utérine et un petit canal menait de la perforation muqueuse à l'intérieur de la cavité du myome. Une ulcération mécanique ne peut donc être invoquée. L'infection a sans doute une origine sanguine: soit qu'un sphacèle primitivement aseptique

serve d'appel à une localisation de microbes circulants, soit que le processus qui est à l'origine du sphacèle (thrombose ou embolie) soit d'emblée septique; sphacèle et infection sont alors concomitants. Le fibrome sphacélé et suppuré à la fois s'évacue comme un abcès quelconque vers la cavité la plus proche, en l'espèce la cavité utérine.

TUBERCULOSE SALPINGIENNE DANS LES SUITES DE COUCHES

(N° 43)

Il paraît généralement admis qu'une atteinte tuberculeuse des organes génitaux aboutit à la stérilisation. Cette opinion nous paraît trop absolue et les cas de grossesse, jadis considérés comme exceptionnels, semblent devenir plus nombreux. Mais l'infection tuberculeuse, comme toutes les autres d'ailleurs, si elle n'empêche pas la grossesse, peut subir après cette dernière, une poussée évolutive importante.

Notre malade, qui avait accouché trois mois auparavant, avait lors de l'intervention de grosses lésions bacillaires, avec adhérences du grêle et pyosalpinx bilatéraux. L'examen histologique montrait des lésions typiques à bacille de Koch.

DEUX CAS DE TORSION AXIALE D'UTÉRUS FIBROMATEUX

(N° 36)

Dans nos deux cas, il s'agissait de torsion axiale véritable; la torsion s'est faite de droite à gauche dans un cas, ce qui est tout à fait exceptionnel. Au point de vue pathogénique, rien de spécial n'a pu être décelé pouvant expliquer la torsion. On a souvent invoqué, pour expliquer le sens habituel de gauche à droite, la vacuité relative de la

fosse iliaque droite et le refoulement de la partie gauche du fibrome par le sigmoïde distendu. Or, dans notre premier cas, la malade était obèse, constipée chronique, et avait une anse sigmoïde longue et de gros calibre, et pourtant la torsion s'était faite en sens inverse, de droite à gauche. La cause exacte de ces torsions est en réalité obscure.

La symptomatologie a réalisé deux formes très différentes, dans le cas n° 1 crise abdominale simulant l'appendicite avec vomissements et phénomènes de choc communs à toutes les torsions aiguës; dans le cas n° 2 s'est réalisée une torsion chronique d'abord simplement douloureuse, puis avec prédominance de signes vésicaux. On a signalé d'ailleurs des formes rectales similaires.

ÉCLATEMENT D'UN KYSTE OVARIQUE AU DÉBUT DE LA GESTATION

(N° 46)

Il s'agissait d'une femme de 32 ans, enceinte de deux mois et demi, qui, sans raison apparente, avait ressenti brusquement de violentes douleurs abdominales, avec vomissements et contracture. L'intervention montra un gros kyste multiloculaire partiellement vidé dans l'abdomen. Ablation du kyste qui est légèrement adhérent dans le fond du bassin. Suites opératoires normales et grossesse évoluant à terme sans incident.

La rupture d'un kyste de l'ovaire est une complication assez rare. On l'observe le plus souvent à la suite d'un traumatisme. C'est le cas classique des malades brossées trop énergiquement sur la table d'opération, où cette rupture s'est effectuée en quelque sorte sous les yeux du chirurgien.

Nous n'avons retrouvé par l'interrogatoire aucune cause capable d'expliquer cet accident : la rupture a été spontanée et s'est effectuée vraisemblablement en deux temps à huit jours d'intervalle.

La symptomatologie de cette complication d'un kyste méconnu a été assez bruyante. Il n'en est pas toujours ainsi.

PATEL distingue, à ce point de vue, deux variétés de rupture :

1° Les unes surviennent à la suite d'une torsion, d'une hémorragie ou d'une infection intra-kystique. La symptomatologie est alors nette et la réaction abdominale très marquée.

2° Dans d'autres cas, il n'existe qu'un minimum de symptômes : ce sont même quelquefois de véritables surprises opératoires dans les gros kystes multiloculaires où une poche se rompt.

Dans notre cas, il n'existait ni hémorragie, ni suppuration, ni torsion du pédicule, et cependant la rupture a déterminé un syndrome abdominal franchement aigu avec douleur violente et contracture abdominale intense analogues à celles des perforations viscérales.

Par quel mécanisme s'est effectuée cette rupture en l'absence de tout traumatisme provocateur ?

Peut-on l'expliquer plus facilement par l'existence d'une grossesse concomitante.

On a trouvé, en effet, un utérus gravide de deux mois et demi environ. On sait que les complications des kystes de l'ovaire pendant la grossesse sont relativement fréquentes.

Spencer WELLS a signalé des ruptures aux 3ᵉ, 4ᵉ, 5ᵉ mois d'une grossesse. M. REMY en a rapporté plusieurs exemples dans sa thèse. VANVERTS et PUECH signalent sa fréquence comme étant de 2,5 à 3 % des cas.

On peut expliquer alors la rupture de différentes façons :

1° La torsion avec hémorragie intra-kystique peut être invoquée dans certains cas. C'est une cause fréquente au début de la gestation.

2° Dans certaines observations, la rupture semble avoir été causée par des pressions ou des frottements de l'utérus

qui auraient « usé » le kyste. Cette cause serait alors plus fréquente à la fin de la gestation.

3° Dans d'autres cas, le kyste évoluant dans le petit bassin en même temps que l'utérus, comprimé entre ce dernier et la paroi osseuse, peut céder en des points de sa paroi plus ou moins amincie. Cette explication n'est pas valable pour de gros kystes à évolution abdominale.

Nous croyons plutôt ici à l'intervention de deux facteurs :

1° *La distension rapide du kyste* sous l'influence de la grossesse. La femme a, en effet, remarqué un développement brusque de son abdomen dès les premières manifestations de gravidité.

En admettant comme cause favorisante de la rupture, cette distension du kyste, avec augmentation de la pression du liquide à l'intérieur et amincissement de ces parois, on peut peut-être invoquer également certaines modifications vasculaires dues à la gravidité.

Elles ont déterminé dans certains cas des hémorragies cataclysmiques ; la rupture s'est faite ici sans aucun épanchement sanguin.

2° Le deuxième facteur que nous croyons pouvoir invoquer comme cause provocatrice est la présence d'adhérences, peu étendues cependant, unissant la face postérieure du kyste au Douglas.

On peut facilement supposer que l'ampliation utérine a tiraillé ces adhérences fixées sur la paroi du kyste amincie par une poussée récente. Ces tractions ont déterminé une fissuration qui s'est complétée les jours suivants.

Classiquement, la rupture intra-péritonéale de ces kystes au cours de la grossesse, est un accident grave puisque Puech et Vanverts ont pu signaler une mortalité de 30 %.

Il faut dire que l'issue fatale ne se produit guère que lorsqu'il y a une hémorragie cataclysmique ou une infection virulente du kyste. Il semble qu'en dehors de ces cas,

ce soit un accident bénin tout au moins quant au pronostic immédiat.

Il faut, en effet, toujours réserver le pronostic lointain car, après les ruptures de kystes mucoïdes, le péritoine est ensemencé et il peut se développer dans la suite le « pseudomyxome » péritonéal très rebelle.

Dans les kystes hyalins, au contraire, la résorption du liquide épanché est souvent complète. Nous avons trouvé surtout du liquide laiteux, mais il existait cependant dans le Douglas quelques cuillères de matière gélatineuse que nous avons évacuée le plus soigneusement possible. On peut donc espérer légitimement une guérison complète.

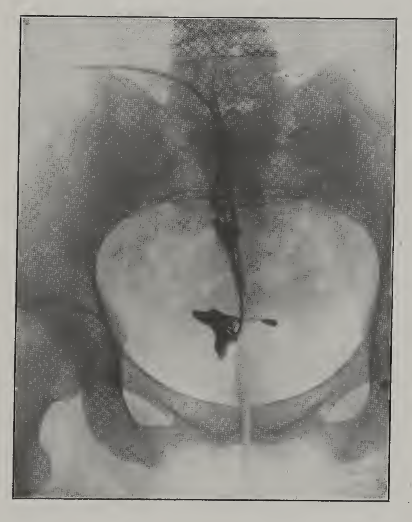
FISTULE UTÉRO-PARIÉTALE APRÈS CÉSARIENNE

(N° 44)

Nous avons relaté l'observation d'une malade présentant une fistule utéro-pariétale typique, avec écoulement menstruel manifeste et dont l'exploration lipiodolée est figurée ci- après.

Le traitement a consisté en l'enlèvement en masse de la cicatrice cutanée et de la cicatrice utérine, cette dernière s'étendant sur toute la hauteur de la face antérieure de l'utérus. Puis réfection de la paroi utérine au catgut collargolé, et de la paroi abdominale aux crins, après interposition d'un lambeau taillé dans l'épiploon et placé en greffe libre.

La cicatrice utérine contenait encore, après huit mois, des fragments de fils de soie.



Injection lipiodolée d'une fistule utéro-pariétale.

AFFECTIONS DU CRANE

LES ACCIDENTS DE L'ANESTHÉSIE LOCALE DANS LE TERRITOIRE CRANIO-FACIAL

(N° 2)

A propos d'un cas grave rapporté à la Société de Médecine de Nancy, nous avons discuté la cause de ces accidents.

On peut, pour les expliquer, invoquer plusieurs hypothèses.

1° Ce sont des accidents névrophatiques chez des malades très impressionnables.

2° On peut assimiler ces accidents aux cas d'épilepsie d'origine pleurale, et aux cas de morts signalés au cours de pneumothorax ou de simples fonctions de la plèvre.

3° Une troisième hypothèse invoque une toxicité spéciale, une erreur de psologie, un titrage variable des anesthésiques.

Nous rejetons ces diverses hypothèses.

Ce qu'il faut expliquer, en effet, c'est la localisation élective des accidents au territoire cranio-facial et plus spécialement au territoire sensitif du trijumeau, plus spécialement encore au trijumeau profond. Ce sont les spécialistes d'O. R. L. seuls qui les observent d'une façon presque courante, tout au moins, à l'état d'ébauche. Pendant les deux ans que nous avons passés dans le service de M. le Professeur Jacques, nous avons eu l'occasion d'en observer un certain nombre, presque toujours dans les Caldwell-Luc, après anesthésie par le canal palatin postérieur, qui semble y prédisposer tout particulièrement. Ce ne sont pas à proprement parler des accidents, du moins généralement, mais plutôt des incidents d'ordre tellement banal qu'on

avertit presque toujours le patient de leur possibilité: ils consistent en céphalées parfois atroces, sensations variables de battements, d'écrasement intracranien, angoisse et état syncopal ou au contraire agitation, dans les cas graves, crises épileptiformes ou syncope vraie.

Or, l'allure vaso-motrice pure de tous ces accidents est frappante. Il semble bien, en effet, que ce n'est pas du tout dans une question de toxicité qu'il faut chercher la solution du problème pathogénique; ou tout au moins si le toxique agit, ce n'est pas dans le sens où on l'entend généralement. Les accidents qu'observent si souvent les spécialistes d'O. R. L. dans leurs anesthésies sur le territoire du trijumeau, et plus spécialement du trijumeau profond, ne revêtent pas du tout l'allure toxique, mais, d'une façon typique au contraire, l'allure de phénomènes vaso-moteurs intracraniens, qui ne diffèrent de ceux qu'on connaît bien, chez les jacksoniens par exemple, que par leur brusquerie d'apparition et leur exceptionnelle brutalité.

Il se passe, en réalité, au niveau du trijumeau, ce qui se passe partout ailleurs d'une façon constante: tout traumatisme, ou plutôt, d'une façon plus générale, toute agression sensitive dans un territoire déterminé, déclanche dans le territoire vasculaire correspondant une variation vaso-motrice.

Le trijumeau n'échappe pas à la loi commune, loin de là. Toute agression dans son territoire doit fatalement engendrer une variation vaso-motrice immédiate. Ce qui est tout à fait spécial au trijumeau, c'est le mode de distribution particulier du territoire vasculaire correspondant. On peut dire qu'au niveau des membres et de la plupart des viscères, le champ vaso-moteur est très étendu et en quelque sorte indéfiniment extensible: et c'est pourquoi des réactions vaso-motrices immédiates, même brutales, passent souvent inaperçues.

Une irritation des fibres du plexus solaire, par une infiltration cocaïnique par exemple, engendre peut-être une grosse variation vaso-motrice dans le voisinage. S'il s'agit d'une vaso-dilatation, une hyperhémie transitoire, même

intense, du tractus intestinal et des plans prévertébraux, n'aura pas grande conséquence et pourra passer inaperçue; encore une fois, le champ d'action et de compensation de la vaso-motricité est très extensible.

Le territoire vasculaire annexé physiologiquement au trijumeau profond est tout différent; une vaso-dilatation intense des vaisseaux intracraniens, au niveau du cortex, pourra donner des troubles immédiats d'aspect épileptiforme; une vaso-constriction du territoire bulbaire donnera une syncope plus ou moins grave, selon la brutalité, l'intensité et la durée du trouble vaso-moteur.

Pourquoi les accidents revêtent-ils chez certains et sans qu'on puisse le prévoir, une exceptionnelle intensité? C'est ce qui est difficile de dire. Il faut faire intervenir des facteurs personnels, non pas un coefficient hypothétique de réceptivité toxique, qui, encore une fois, devrait exister pour toutes les anesthésies locales, où qu'elles soient faites, mais un coefficient de sensibilité aux réactions vaso-motrices. Certaines personnes ont un système vaso-moteur facial d'une sensibilité véritablement extraordinaire; sont-elles plus prédisposées à ce genre d'accidents, c'est ce qu'on peut soupçonner.

AFFECTIONS DES MEMBRES

ARTHRITE DÉFORMANTE DE LA HANCHE TRAITÉE PAR RÉSECTION

(N° 58)

Il s'agissait d'une arthrite déformante avec aspect de coxa valga subluxans.

On pratiqua l'intervention suivante :

Incision de Mathieu, partant de la crête iliaque et descendant sur une longueur de 12 centimètres sur la face antérieure de la cuisse. Incision inférieure de dégagement sous croisant la base inférieure du grand trochanter. On découvre la fosse iliaque externe et on arrive sur la tête luxée. Elle est entourée d'arthrophyses qui sont enlevées au ciseau et à la gouge. On section le col au ras de la tête d'un coup de ciseau. Ensuite on morcèle la tête et on arrive à l'extraire en faisant levier avec la gouge. Modelage du col qui est réintroduit dans la cavité articulaire. Pour le maintenir on répare soigneusement les muscles et on ferme sans drainage. On applique un grand appareil plâtré en abduction et rotation interne. Suites simples. Premier pansement au bout de 15 jours. Ablation au plâtre au bout de 10 semaines. Le blessé a repris son travail six mois après l'intervention. Nous l'avons revu en mars 1932. Il va parfaitement bien, ne souffre plus et le résultat peut être considéré actuellement comme très bon. Il marche en boîtant très légèrement. Il y a un raccourcissement de deux centimètres. Il existe une certaine limitation de l'abduction qui est possible à 30°. La flexion de la cuisse se fait à 75°.

Le membre est solide, non douloureux, sans atrophie musculaire. Le blessé déclare faire plusieurs kilomètres par jour sans fatigue.

Il s'agit ici d'une arthrite déformante de la hanche qui s'est manifestée chez un homme de 37 ans, à la suite d'un traumatisme. Malgré celui-ci il s'agit, selon toute vraisemblance, de déformation articulaire ancienne sur laquelle, à la suite de troubles vaso-moteurs post-traumatiques probables, sont apparus des phénomènes douloureux empêchant complètement la marche.

Quoiqu'il en soit, on a pratiqué chez lui une résection de la tête. C'est le traitement le plus ancien des arthrites chroniques de cette articulation. Il faut dire que cette intervention avait donné passablement de déboires. Les douleurs disparaissaient en général, mais le résultat fonctionnel était le plus souvent déplorable à ce point que ZÉSAS pouvait dire: « La résection de la hanche dans l'arthrite déformante délivre le malade de ses douleurs mais le condamne aux béquilles pour le reste de sa vie. »

Depuis quelque temps on a publié un certain nombre d'arthrites de la hanche traitées par la « Résection modernisée », c'est-à-dire que l'intervention a été améliorée dans sa technique et par là même dans ses résultats.

Chez notre malade la bilatéralité des lésions osseuses, sinon des troubles douloureux créait des difficultés quant à l'indication d'une intervention ankylosante.

On a préféré adopter une technique permettant de remédier au syndrome douloureux sans bloquer la jointure — type résection.

Le principe consiste essentiellement à supprimer la tête fémorale et à appliquer soigneusement le col dans la cavité cotyloïde.

On a cherché à améliorer la résection pure et simple de différentes manières. MATHIEU a proposé récemment la résection arthroplastique. Elle consiste, en principe, d'après cet auteur, à combiner avec la résection de la tête la section du butoir trochantérien pour permettre le maintien dans le cotyle, d'un moignon cervical, même très raccourci. De plus, on réimplante le trochanter sur la diaphyse et on crée une interposition aponévrotique. Cette technique est du reste inspirée de celle décrite par WITHMANN en 1931.

Nous croyons évidemment ces techniques capables d'améliorer sérieusement les résultats de la résection de la hanche et notamment d'assurer mieux la statique de l'articulation et de permettre une meilleure abduction.

Cependant le résultat que nous avons obtenu, à peu de frais, semble très satisfaisant. Il nous encourage en tous cas à employer, peut-être plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, les interventions mobilisatrices dans le traitement de l'arthrite déformante de la hanche.

A PROPOS DE QUELQUES CAS DE CHIRURGIE DE LA HANCHE

(N° 60)

Nous avons pratiqué un certain nombre d'interventions plastiques de la hanche dont les résultats nous ont semblé dignes d'être présentés aux journées orthopédiques de Nancy (juillet 1932).

Il s'agissait dans deux cas de luxations anciennes, manifestement congénitales et à tendance progressive. La butée nous avait donné d'excellents résultats. De même dans deux autres luxations progressives au cours d'arthrites déformantes.

LUXATION ACROMIO-CLAVICULAIRE

(N° 57)

Classiquement, la luxation acromio-claviculaire non réduite laisse persister une saillie assez disgracieuse, mais la gêne fonctionnelle est à peu près nulle. On pourrait presque dire, dit LERICHE, que l'indication de la réduction est purement esthétique. Cependant nous avons observé que dans

certains cas et dans certaines professions cette luxation non réduite est la cause de gêne dans certains mouvements, notamment la projection du bras en avant dans le mouvement d'élévation (joueurs de tennis, conducteurs d'automobiles).

C'est pour cela que nous estimons que lorsqu'il existe une rupture complète des ligaments coraco-claviculaires, l'intervention trouve son indication. Nous l'avons pratiquée récemment chez un coureur motocycliste dont voici l'observation résumée :

Le 10 mai 1932 ce blessé entre à l'hôpital à la suite d'un accident de moto dans lequel il a été projeté les épaules en avant.

Cliniquement, les lésions sont faciles à reconnaître : à droite, fracture de la clavicule à l'union du tiers moyen et du tiers externe avec ecchymose, mobilité anormale ; à gauche, luxation acromio-claviculaire avec molibilité de la partie distale de la clavicule en touche de piano. Ces lésions sont confirmées par l'examen radiologique.

Le 16 mai, sous-anesthésie générale au mélange de Schleich ; on pratique une ostéosynthèse de la clavicule droite. On maintient les fragments par une plaque de Shermann et quatre vis.

A gauche, incision allant du sommet du moignon de l'épanle jusqu'au U deltoïdien en suivant le sillon deltopectoral.

On dégage assez facilement les deux os, acromion et clavicule ; on fore alors deux orifices en regard dans chacun des deux os et on passe un fil de soie en U qui les maintient face à face ; on a légèrement diminué auparavant la longueur de la clavicule par un coup de pince coupante à l'extrémité. Pour consolider la réduction on découvre la coracoïde et on passe une anse de soie par dessus la clavicule et venant s'attacher sous le bec coracoïdien. Réfection soignée des muscles et immobilisation en écharpe pendant 15 jours. Un mois après l'intervention le blessé conduit déjà un camion. Le résultat semble actuellement très bon.

Cette syndesmopexie semble en effet supérieure aux su-

tures et arthrodèses qui limitent sensiblement l'abduction.

Nous croyons qu'elle réalise dans le cas dont nous avons parlé l'intervention de choix.

LUXATION RÉCIDIVANTE DE L'ÉPAULE ALLONGEMENT DE L'APOPHYSE CORACOIDE

(N° 56)

L'accord semble déjà fait actuellement sur la valeur de la technique de OUDART dans le traitement de la luxation récidivante de l'épaule. On a tendance de plus en plus à abandonner les myoplasties concomitantes pour se borner à l'intervention osseuse seule, qui donne, en général, de façon très simple d'excellents résultats. Nous avons pratiqué récemment un allongement coracoïdien suivant la technique proposée par BLOCH et GUINEHEUC. Il s'agissait d'un malade de 46 ans entré au début de 1932 dans le service de clinique chirurgicale pour luxation récidivante de l'épaule gauche. En 1926, à la suite d'une chute de bicyclette, il se fait une première luxation de l'épaule. Réduction immédiate et immobilisation pendant 8 jours. Depuis ce temps, la luxation s'est reproduite huit fois et à l'occasion de simples mouvements d'élévation et de la projection du bras en avant. Il n'existe pas de déformation appréciable radiologiquement de la tête humérale. L'intervention a été conduite chez lui de la façon suivante: Incision dans le sillon deltopectoral jusqu'à la clavicule. Ligature de la veine céphalique. On dégage les bords de l'apophyse coracoïde. Incision oblique du périoste à la face supérieure de l'apophyse: on la perfore ensuite de quatre trous qu'on réunit au ciseau obliquement. Le fragment distal de l'apophyse ainsi détaché est déplacé en dehors d'environ un centimètre et demi à deux centimètres. Cerclage aux crins. Suture musculaire et cutanée avec drainage filiforme. Suites opératoires simples. Le malade n'a pas reproduit sa luxation depuis six mois qu'il est opéré. Pas de limitation des mouvements de l'épaule.

LA SYMPATHECTOMIE DANS LA MALADIE DE VOLKMANN

(N° 59)

Une petite fille de 8 ans, atteinte de fracture du coude et plâtrée vient au service quinze jours après son accident, avec un syndrôme de Volkmann déjà net; le plâtre a été enlevé depuis quelques jours et a déterminé des ulcérations par compression exagérée.

On pratique immédiatement une sympathectomie périhumérale et on installe sur les doigts une traction élastique. Le résultat semble d'abord favorable; la réaction habituelle d'hyperhémie se produit, les doigts, qui étaient sensiblement plus froids que de l'autre côté, se réchauffent, et quelques petits mouvements spontanés d'extension sont possible. On compte sur la traction continue pour faire le reste.

Malheureusement, les progrès ne continuent pas et les doigts se remettent en flexion extrême, malgré la traction. La malade rentre chez elle et revient un mois plus tard avec un Volkmann complet. On décide une résection diaphysaire, pratiquée au tiers inférieur de l'avant-bras; on résèque deux centimètres sur chaque os et on met une plaque de synthèse. L'opération terminée, les mouvements provoqués d'extension sont complets. On installe une nouvelle traction. La malade reste au service quinze jours et rentre chez elle, paraissant en bonne voie. Trois semaines plus tard, elle revient, les doigts à nouveau fléchis, l'avant-bras tuméfié au niveau des plaques d'ostéo-synthèse: ces plaques sont enlevées et de nouvelles tentatives surveillées de redressement sont mises en œuvre. Malgré cela, la rétraction se reproduit et deux mois plus tard le résultat est franchement médiocre, guère meilleur qu'avant la résection diaphysaire.

Cette observation nous paraît intéressante pour deux raisons. Elle montre:

1° L'échec total d'une sympathectomie, même précoce, ce qui n'a rien de bien étonnant, si on admet l'opinion de Leriche lui-même sur cette question.

2° L'échec à peu près complet de la résection diaphysaire, qui avait paru largement suffisante au moment de l'intervention, mais qui n'a pas empêché le processus de rétraction de continuer, malgré une traction élastique complémentaire.

En principe, il paraît logique, en effet, de ne pas entreprendre d'intervention osseuse avant la stabilisation du processus de rétraction, mais la durée de ce dernier est difficile à préciser. Notre observation montre qu'il vaut mieux ne pas se hâter et patienter plusieurs mois avant d'intervenir.

TROIS CAS DE FRACTURE DE L'ÉPITROCHLÉE AVEC INTERPOSITION DONT L'UNE AVEC PARALYSIE CUBITALE

(N° 70)

Nous avons, ces deux dernières années, opéré trois cas de fracture de l'épithochlée avec interposition. Si nous avons rapporté ces observations, ce n'est donc pas à cause de leur rareté, mais parce que, dans l'une d'elles, l'interposition s'est accompagnée d'une paralysie cubitale, fait considéré comme tout à fait exceptionnel.

La paralysie cubitale de notre cas n° 1 est la seule particularité intéressante au point de vue symptomatologique. Elle est en effet exceptionnelle, puisque nous ne pouvons relever que les trois observations de Payr (*Deutsche Zeitschrift Lechnis,* 1900, p. 166), d'Albert Mouchet (*Société de chirurgie,* 8 mars 1932 *in* thèse de Robert Gence, Paris, 1925) et de Grimault d'Algrange (*Société de Chirurgie*, 4 juillet 1928).

Il nous paraît difficile de préciser le mécanisme de cette

paralysie. Y a-t-il contusion du nerf par l'épitrochlée arrachée et déplacée? C'est un fait évident et bien connu quand il s'agit d'un fragment volumineux comportant totalité ou partie du condyle interne. Mais pour un petit fragment épitrochléen qui est arraché vers le bas et en quelque sorte happé par l'interligne articulaire, cette contusion bien que probable est plus difficile à comprendre. Sans doute y a-t-il en même temps élongation; le nerf se luxant en dedans et en avant peut être blessé par la surface d'insertion cruentée et rugueuse de l'épitrochlée, d'autant plus qu'il est distendu par l'abduction forcée de l'avant-bras.

Quoi qu'il en soit, l'attrition nerveuse peut être assez intense pour entraîner une paralysie prolongée (18 mois dans notre cas).

La voie d'accès transolécranienne que nous avons employée dans deux cas peut surprendre au premier abord. Il semble en effet que la méthode habituelle et logique est l'extirpation du fragment interposé par la voie interne, c'est-à-dire en passant par la brèche de l'appareil ligamentaire. A vrai dire, dans ces deux cas, nous n'avons pas retrouvé la disposition schématique figurée par Juvara (*Société de Chirurgie,* 18 juin 1930).

A ce point de vue, il nous semble qu'on peut classer les cas en deux groupes:

1er *groupe:* Arrachement de l'épitrochlée en totalité; les muscles sont encore adhérents au fragment, ils s'enfoncent dans l'interligne par une vaste brèche; l'épitrochlée occupe la partie interne de l'interligne, elle ne dépasse pas la ligne de faîte de l'apophyse coronoïde. Tout incite à passer par la voie interne: brèche considérable, fragment volumineux et enfoncé peu profondément, sangle musculo-ligamentaire à désenclaver elle aussi et à reconstituer. En mettant l'avant-bras en forte abduction pour faire bâiller au maximum l'interligne, en s'aidant de quelques manœuvres prudentes de levier avec un instrument mousse quelconque, on arrive à énucléer l'épitrochlée sans dégât supplémentaire.

2e *groupe:* Le fragment arraché est petit et la radio le montre très en dehors de l'interligne, à la partie externe de

la cavité sigmoïde. L'inspection de la face interne du coude montre une déchirure ligamentaire étroite. Au lieu d'agrandir cette brèche suffisamment pour voir clair dans l'interligne, il nous paraît préférable d'aborder l'épitrochlée comme un corpe étranger banal par une voie large, en l'espèce la voie transolécranienne.

Ce qui nous a incité à utiliser cette voie dans notre cas n° 1, c'est que le nerf cubital luxé en avant barrait en quelque sorte la route. Il nous a paru préférable de n'exercer sur lui aucune manœuvre de réclination avec des écarteurs et d'aborder l'articulation en arrière.

Quant à la reposition du fragment épitrochléen, elle nous a paru inutile. Nous n'avons pas observé, en effet, d'arrachement total de l'épitrochlée, auquel cas cette reposition avec ou sans ostéosynthèse métallique est en effet la plus logique. La petitesse du fragment interposé nous a fait préférer l'extirpation simple; la réfection de l'appareil ligamentaire nous a paru, ainsi qu'à Albert MOUCHET, toujours suffisante.

LES PARALYSIES CRURALES POST-OPÉRATOIRES

(N° 10)

Nous en avons observé trois cas sérieux et avons étudié les divers mécanismes susceptibles de les provoquer.

Premier cas. — Malade d'une quarantaine d'années, opéré de hernie inguinale droite simple. Le soir même, il ressent quelques douleurs, peu violentes, dans la racine du membre gauche. Cette douleur diminue peu à peu et disparaît au bout de quelques jours pour faire place à une sensation de lourdeur de toute la jambe, que le malade n'arrive pas à soulever du plan du lit. Au lever, on constate une atrophie déjà notable du quadriceps gauche, paralysie complète, disparition du réflexe quadricipital. Pendant les mois suivants, la névrite crurale se confirme,

l'atrophie devient extrême, paralysie et R. D. persistent. Le malade est vu à plusieurs reprises par M. le Professeur Cornil. Malgré le traitement électrique, au bout de neuf mois, il n'y a aucun progrès, la motilité est toujours absente, ainsi que le réflexe quadricipital.

Deuxième cas. — Un malade est opéré d'hydrocèle et hernie inguinale gauche. Le soir, il ressent de violentes douleurs dans la cuisse du même côté, douleur qui se calme rapidement et cesse au bout de deux ou trois jours. Comme pour le malade précédent, les signes de paralysie crurale gauche apparaissent au lever et se confirment les mois suivants. Au bout de six mois, il n'y avait aucun progrès Le malade est alors perdu de vue. Quatorze mois après l'opération, le malade écrit que tout est rentré dans l'ordre; la cuisse gauche a repris son volume à peu près normal, la motilité est aussi bonne que de l'autre côté, la guérison semble complète.

Troisième cas. — Une jeune femme, déjà appendicectomisée présente des crises typiques de lithiase avec poussées d'ictère. On pratique une cholécystectomie facile, sans incident. Les suites opératoires sont normales. Au lever, la malade se plaint d'un peu de faiblesse du membre inférieur droit, la cuisse est un peu atrophiée. Un mois plus tard, l'atrophie est beaucoup plus marquée, le quadriceps est paralysé, le réflexe quadricipital disparu; il y a réaction de dégénérescence. La malade est opérée depuis cinq mois, et la paralysie crurale n'a pas encore régressé.

Pour expliquer ces paralysies crurales post-opératoires, plusieurs hypothèses sont possibles. On peut en invoquer, nous semble-t-il, au moins quatre: l'anesthésie, la thrombose, le trouble physiopathique ayant son origine dans un névrome cicatriciel, et enfin la compression, durant l'opération, par le fixe-cuisse.

Première hypothèse. — L'action de l'anesthésie peut être comprise de deux manières : ou bien, elle déclanche une polynévrite toxique, accompagnée de signes généraux d'intoxication, ou bien, elle ne fait qu'accélérer et rendre

manifeste la névrite d'un seul tronc, due à une toute autre cause antérieure. Dans nos trois cas, il n'y eut aucun signe d'intoxication générale par l'anesthésique, en particulier, pas de subictère, et l'atteinte nerveuse est restée strictement localisée au nerf crural; il est donc assez difficile d'admettre une névrite chloroformique pure. Mais par contre, on peut penser qu'une névrite crurale était en cours d'évolution et n'a été qu'aggravée par l'anesthésie; on pourrait, à la rigueur, y penser dans notre observation n° 3 où le malade avait ressenti, pendant les quinze jours précédant l'opération, quelques vagues douleurs dans son membre, sans qu'on ait pu, après coup, en élucider la nature exacte. De même pour notre malade cholécystectomisée, ictérique à plusieurs reprises, on pourrait faire appel à une névrite d'origine humorale, hépatique; on a, en effet, parlé de sciatiques lithiasiques, bien qu'à vrai dire, la relation exacte entre l'état lithiasique et la névrite soit assez difficile à préciser. On pourrait enfin soupçonner une névrite en évolution d'étiologie indéterminée, comme cela arrive si souvent, spécifique par exemple sinon alcoolique. Rien ne nous y autorise dans nos cas, où aucune des causes habituelles d'intoxication, en particulier la syphilis, n'a pu être relevée; le Wassermann pratiqué dans deux cas a été négatif. Ainsi donc, bien que l'existence d'une névrite antérieure en évolution soit difficile à nier d'une façon péremptoire, il nous semble peu raisonnable et assez arbitraire d'avoir recours à cette hypothèse.

La *deuxième hypothèse*, celle d'une thrombose, nous paraît plus difficilement soutenable encore. Sans doute, les thromboses post-opératoires sont fréquentes; elles peuvent se manifester de deux façons : d'une part, en englobant dans un tissu inflammatoire ou scléreux les plexus sympathiques périveineux et en déclanchant par voie réflexe des troubles vaso-moteurs localisés ou diffusés à toute l'extrémité, troubles qui peuvent s'accompagner de phénomènes parétiques; d'autre part, par leurs embolies. De ces deux mécanismes, c'est encore le premier qui paraît le plus plausible.

Il n'est pas exceptionnel, en effet, même après une simple opération de hernie, de constater des douleurs, généralement fugaces, dans la racine du membre, avec un peu d'œdème précoce ou retardé après le lever, et rattachables sans doute à une thrombose localisée. Quand les phénomènes sont plus accentués, on peut observer une atrophie musculaire discrète, mais non systématisée; enfin, on voit parfois de véritables névrites, comme QUERRIER les a décrites, mais ces névrites accompagnent alors un tableau phlébitique évident, et de plus sont d'apparition tardive. On conçoit difficilement une phlébite des veines du nerf crural, apparaissant le soir même de l'intervention, restant toujours limitées à ce territoire restreint, et cependant assez sévères pour entraîner la dégénérescence du nerf.

Car, encore une fois, s'il s'agissait de simples phénomènes parétiques, le fait qu'ils resteraient localisés à un groupe musculaire, en l'espèce le quadriceps, ne suffirait pas à faire rejeter leur origine phlébitique. Il existe, on le sait, des œdèmes phlébitiques localisés à des zones parfois très restreintes, et non distales, des membres, disparaissant souvent avec une extrême brusquerie, ou au contraire aboutissant à certains états éléphantiasiques très limités. C'est pour ces œdèmes, à localisation et à évolution parfois paradoxales, qu'une interprétation purement mécanique, hydraulique, est notoirement insuffisante, et qu'il faut faire intervenir la participation du sympathique périveineux, soit sous forme de veinospasme étendu à tout le voisinage de la zone thrombosée et mécaniquement oblitérée, soit sous forme de paralysie du système capillaire adjacent, avec transudation et infiltration séreuse consécutives. Or, ces réflexes sympathiques peuvent sans doute, par un mécanisme d'ailleurs extrêmement obscur, déclancher, au même titre que de l'œdème, de la parésie et de l'atrophie musculaires; mais cette parésie et cette atrophie garderont les caractères de troubles physiopathiques tels que BABINSKY et FROMENT les ont décrits. Chez nos malades, au contraire, nous avons des signes indiscutables d'atteinte de

névrite organique : paralysie et atrophie complètes, strictement limitées au territoire d'innervation du nerf crural, réaction de dégénérescence persistante, suppression totale du réflexe quadricipital. Une telle atteinte du nerf, qui serait dûe à une simple thrombose veineuse, et qui en serait d'ailleurs le seul signe objectif, est bien improbable.

Le second mécanisme d'action de la thrombose est l'embolie. Peut-on supposer qu'un embolus, assez petit pour traverser le territoire pulmonaire, a été se localiser dans les cornes antérieures, se limitant à la zone correspondant au nerf crural : c'est à la rigueur possible pour un cas, mais en tant qu'explication univoque pour toute une série, c'est évidemment invraisemblable et presque absurde.

La *troisième hypothèse,* celle qui invoquerait une névrite réflexe, dont le point de départ serait un névrôme inclus dans la cicatrice opératoire, ne peut évidemment pas être valable pour deux de nos cas, dans lesquels la cicatrice était du côté opposé à la névrite. Même pour le troisième, elle n'est pas défendable. Que des troubles trophiques et parétiques se rencontrent souvent au voisinage des cicatrices, c'est là un fait bien connu ; mais, comme pour les thromboses, ces troubles sont à type physiopathique ; au surplus, il faudrait admettre dans le cas particulier qu'ils aient diffusé du territoire de l'abdomino-génital et du génito-crural, dans celui du crural par l'intermédiaire du plexus lombaire, ce qui ne se serait pas accompli sans le type spécial de douleurs irradiantes qui existent dans de pareils cas, et ce qui, enfin, aurait été tardif, et non immédiat comme ce fut en réalité.

Tout semble donc plaider en faveur de la quatrième hypothèse. celle de la compression nerveuse par un attache-cuisse trop serré, névrite par compression analogue à celle plus classique, du nerf radial. L'apparition très précoce de la paralysie, l'existence de troubles subjectifs, douleurs violentes ou simples fourmillements, le soir même de l'intervention dans deux de nos cas, semblent bien la signatüre d'une agression nerveuse locale, en l'espèce d'une compression. Et de fait, c'est l'hypothèse qui nous paraît

la plus plausible; et pourtant, à la réflexion, elle n'est pas si évidente qu'on pourrait le croire au premier abord. Les attaches-cuisse n'exercent pas leur pression sur le tronc du nerf crural, mais en réalité sur la cuisse au tiers moyen, sinon au tiers inférieur, plus près du genou que de l'arcade crurale. A ce niveau, il n'existe plus de tronc, mais des branches réparties dans les différents muscles; de plus, il n'y a pas de plan osseux résistant, comme le serait l'os iliaque à la base du triangle de Scarpa. On imagine difficilement même un tronc nerveux unique, à plus forte raison des branches multiples comprimées sur le fémur par l'intermédiaire d'une grosse masse de muscles, alors que ces derniers ont du jeu pour s'étaler facilement et fuir la pression. Il ne s'agit pas non plus d'étirement puisqu'aucun de nos malades n'a été mis en Trendelonbourg.

Il faut donc supposer soit une susceptibilité toute spéciale du nerf, soit l'influence d'un autre facteur adjuvant. Cette susceptibilité, qui ne serait pas dûe à une névrite antérieure méconnue, mais constitutionnelle, est évidemment possible, en tout cas difficile à admettre *a priori*. Comme facteur adjuvant, peut-on faire jouer un rôle à la compression du paquet vasculaire? Il existe, comme on le sait, des névrites par ischémie, sur lesquelles DUHOT, de Lille, a écrit une thèse classique en 1912. Plus récemment, pendant la guerre, Pierre MARIE, Henri MEIGE et M[me] ATHANANIO-BENISTY ont montré le rôle des lésions vasculaires accompagnant les lésions nerveuses dans la production des troubles vaso-moteurs, thermiques et sécrétions périphériques. Mais, en outre, des lésions vasculaires définitives et grossières, comme une oblitération artérique ou une ligature chirurgicale, il est possible qu'un traumatisme artériel pur soit susceptible d'entraîner des atrophies et des paralysies. On a provoqué des paralysies flasques avec R. D., après application prolongée d'un garrot; on en a vu après mise en place d'une bande d'Esmack. Sans doute, et comme PAUPERT-RAVAULT le fait remarquer, ces faits cliniques et expérimentaux sont d'une interprétation délicate, et il est vraiment difficile de faire la part exacte du trauma-

tisme artériel dans les phénomènes. De toutes façons, si on conçoit qu'un traumatisme du sympathique périvasculaire puisse engendrer un de ces troubles physiopathiques avec atrophie diffuse, réaction de dégénérescence transitoire, troubles vaso-moteurs et le plus souvent contracture plutôt que paralysie, on voit moins bien comment il pourrait déclancher une névrite organique; son rôle, si tant est qu'il existe, doit être plutôt simplement adjuvant.

En définitive, l'apparition presque immédiate des troubles subjectifs chez deux de nos malades, nous fait adopter dans ces cas l'hypothèse d'une attribution locale du nerf et rejeter celles de la névrite chloroformique, de la thrombose, de l'embolie et du trouble physiopathique réflexe. Mais, ces névrites graves, par simple compression, nous paraissent assez étranges et semblent nécessiter une susceptibilité spéciale du nerf, de nature indéterminée.

SUTURE DU NERF RADIAL A LA PARTIE INFÉRIEURE DE LA GOUTTIÈRE DE TORSION - RÉGÉNÉRATION RAPIDE

(N° 41)

Il s'agissait d'une section du nerf radial, sous-jacente à l'émergence du nerf du long supinateur, ce dernier se contractant normalement. Suture du nerf quatre mois après la blessure. Régénération déjà manifeste mais incomplète au bout de cinq mois; à cette date, dans l'attitude du serment, la main atteint l'horizontale sans toutefois la dépasser; l'examen électrique révèle un retour des contractilités galvanique et faradique dans les radiaux. Cette récupération s'améliore dans les mois qui suivent; elle est presque parfaite au bout de dix mois.

Cette observation nous semble intéressante par la rapidité de régénération du nerf radial. Ce nerf, qui est un bon nerf pour la suture, se régénère en général assez lentement.

En moyenne, d'après LERICHE, le début de l'amélioration se marque vers 4 mois et demi et la guérison demande 17 mois.

Ici, dès le cinquième mois, l'amélioration était déjà nettement marquée. RIVET signale dans sa thèse une récupération analogue, encore bien incomplète du reste après huit mois. Il note que c'est une des plus rapides de celles qu'il ait rencontrée dans la littérature concernant la récupération des fonctions du radial après suture.

Comment peut-on expliquer cette régénération rapide? Classiquement le nerf récuère ses fonctions par la puissante poussée de fibres de régénération s'échappant du segment supérieur vers le bout inférieur. Mais certains auteurs, JOURDANT et SICARD en particulier, admettent que le bout inférieur ne reste pas inactif dans l'œuvre de réparation. Les cylindraxes du bout supérieur obéissant à une traction biochimique sensibiliseraient par contiguité les éléments à vie spécifique latente, véritable procylindraxes du segment inférieur.

Cette théorie cherche à expliquer des régénérations très rapides. Ici la récupération a été progressive commençant par les muscles élevés, indiquant ainsi la continuité de la neurotisation qui a progressé régulièrement de haut en bas.

Il s'agit dans ce cas d'une section complète du nerf. La récupération rapide des fonctions nerveuses a été notée souvent après simple libération, quelquefois même très rapide comme dans le cas de Quenu.

Pour le cubital et le médian on peut invoquer des phénomènes de suppléance. Dans certains cas même l'association médian-cubital peut-être supplée par le radial — mais pour le radial seul il n'y a pas ou peu de suppléances, et les récupérations rapides dans les blessures sont rares.

Nous croyons qu'elle a été beaucoup aidée par l'appareillage consécutif au moyen de tractions élastiques qui ont maintenu l'intégrité des muscles par une gymnastique continuelle. Cette mécanothérapie post-opératoire a pour but de conserver les muscles dans un état suffisant d'entretien pour qu'ils puissent bénéficier du retour de l'innervation.

LE TRAITEMENT DU PHLEGMON DES GAINES PAR LES INCISIONS DISCONTINUES

(N° 71)

Nous avons présenté à la Société de Médecine de Nancy un malade atteint de phlegmon grave des deux gaines carpiennes, avec extension à tout l'avant-bras. Nous avons pratiqué les incisions préconisées par KANAVEL et vulgarisées en France par ISELIN. Le résultat était vraiment remarquable, infiniment supérieur à celui qu'on a coutume d'obtenir par les incisions classiques du ligament annulaire.

AFFECTIONS ABDOMINALES

SYNDROME ABDOMINAL AU DÉBUT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

(N° 50)

Le diagnostic des syndromes abdominaux aigus est quelquefois très délicat. Si la détermination de leur cause est incertaine, il est cependant essentiel, au cours d'une affection abdominale aiguë fébrile, de définir l'indication opératoire ou de conclure à une abstention chirurgicale tout en instituant un traitement médical opportun.

Les réactions abdominales au cours du rhumatisme articulaire aigu, peuvent précisément créer une confusion avec certains syndromes abdominaux qui commandent l'intervention d'urgence, et notamment l'appendicite.

Ces réactions abdominales peuvent se produire soit dans le cours de l'évolution du rhumatisme, soit au début et comme première manifestation de la maladie avant la période de fluxion articulaire, ce qui rend le problème beaucoup plus délicat. Nous avons observé récemment deux de ces syndromes abdominaux au début du rhumatisme. Dans le premier cas, la gravité de la réaction abdominale a entraîné une incision iliaque droite qui a permis de constater l'intégrité de l'appendice et, par contre, un certain degré de réaction péritonéale; dans le deuxième cas, la diffusion des signes a autorisé la temporisation et l'apparition de fluxions articulaires a permis de rattacher les troubles observés à une maladie rhumatismale.

Voici, rapidement résumées, ces deux observations:

Observation I. — Une jeune fille de 19 ans entre le 30 octobre 1930 au service chirurgical de M. le professeur HAMANT pour syndrome abdominal aigu. Le matin même elle a été prise de douleurs abdominales droites avec vomissements. Ces douleurs se sont accentuées pendant la journée et elle entre le soir pour appendicite.

L'examen montre une malade d'aspect plutôt floride — on est frappé d'emblée par la coloration du visage — il y a fièvre à 38°5 et un pouls petit et rapide à 120.

L'examen de la fosse iliaque permet de constater une légère défense à ce niveau et un point douloureux extrêmement sensible.

L'examen des poumons est négatif, mais on perçoit à la pointe du cœur un souffle systolique et présystolique. La malade accusait une poussée rhumatismale huit mois auparavant.

Devant ce syndrome très précis de la fosse iliaque droite, défense abdominale et pouls rapide, on pense d'abord à une crise d'appendicite et on intervient immédiatement.

La cardiopathie bien compensée chez une personne jeune ne contre-indiquant nullement l'anesthésie, on donne du mélange de Schleich et on pratique rapidement une incision de Jalaguier. Il s'écoule de l'abdomen un peu de liquide citrin, le péritoine est légèrement rouge, mais on est étonné de trouver un appendice libre, d'apparence saine, ne présentant à sa surface aucune trace d'inflammation. On l'excise et on ferme d'abdomen sans drainage.

Le lendemain, la température est à 39°. La malade accuse une légère angine et apparaissent au niveau des chevilles des tuméfactions douloureuses. La malade commence une poussée fluxionnaire qui dure 15 jours environ. L'évolution en est relativement simple, elle réagit bien au salicylate, cependant, au huitième jour apparaît une hémoptisie assez abondante, qui dure deux ou trois jours. La malade sort guérie de l'hôpital au bout d'un mois environ.

Observation II. — Un homme de 45 ans entre, le 6 décembre 1931, envoyé par son médecin pour appendicite. Depuis la veille il se plaint, en effet, de douleur iliaque droite avec température légère, mais sans vomissement. Les symptômes objectifs sont très diffus — le côté droit est sensible, mais il n'existe aucune contracture — la température est à 37°5, le pouls à 80. Quelques heures après son entrée, les symptômes ont presque disparu. Il reste une légère sensibilité diffuse — on diffère l'intervention en appliquant de la glace — 4 ou 5 jours après apparaissent des tuméfactions douloureuses des deux genoux, surtout à gauche, où l'on ponctionne un léger épanchement. Le traitement salycilé fait disparaître les manifestations articulaires en huit jours et le malade sort guéri de l'hôpital.

Les réactions péritonéales au cours de la maladie de Bouillaud ne sont pas connues depuis très longtemps. Il est, en effet, classique que le R. A. A. dont la prédilection pour les séreuses est marquée, respecte la séreuse péritonéale.

Un certain nombre d'auteurs ont signalé récemment plusieurs observations dont l'atteinte péritonéale nettement constatée a pu créer quelques confusions dans le diagnostic, tout au moins au début.

C'est surtout à Grenet que revient le mérite d'avoir insisté sur ces manifestations extra-articulaires du rhumatisme, qu'il a réunies dans la thèse de son élève Dory.

Sous le nom de formes *pseudo-chirurgicales,* il range surtout des formes abdominales avec symptômes pseudo-appendiculaires. Il dit cependant n'avoir jamais observé d'accidents péritonéaux à l'état de pureté; et il est bien probable, dit-il encore, que l'on n'en signalera guère; non qu'ils ne puissent exister, mais nous avons tous, médecins et chirurgiens, une crainte trop légitime de l'appendicite pour oser la nier sur la foi de symptômes négatifs d'appréciation délicate (contracture moins marquée, douleur plus étale sans point maximum net), alors qu'aucun symptôme articulaire n'apparaît.

Tels sont les faits observés.

Peut-on d'abord en donner une explication pathogénique, une interprétation satisfaisante?

Chez tous les malades, nous voyons se dérouler la même scène. Au début des phénomènes abdominaux de gravité plus ou moins alarmante simulant une péritonite aiguë, controuvée par la laparotomie.

Puis dans une deuxième période, l'éclosion d'arthropathies d'allure rhumatismale qui viennent révéler la nature des accidents que le traitement salycilé fait, en général, rapidement disparaître.

On ne peut guère penser à une névrite des troncs nerveux intercostaux. En effet, les diverses névralgies, telles que les sciatiques dites rhumatismales qui ont été encore étudiées récemment par Roger, peuvent dépendre de la diathèse arthritique, mais n'appartiennent en aucune manière à la maladie rhumatismale telle que nous la concevons actuellement et qui déjà déborde largement ses anciennes frontières.

Peut-être s'agit-il de propagation par action réflexe à distance de lésions inflammatoires de la plèvre ou des poumons. Si cette explication peut être valable dans les cas où l'auscultation révèle une localisation pleuro-pulmonaire, elle est en contradiction avec les constatations opératoires qui ont montré des réactions péritonéales sous forme d'état congestif comme dans notre première observation, et la présence de liquide dans la cavité abdominale ou l'infiltration du tissu cellulaire sous-séreux comme dans l'observation de Bernard.

Il s'agit donc de phénomènes fluxionnaires et exsudatifs intéressant la séreuse elle-même. Cette atteinte ne dépasse pas ce stade. Le rhumatisme articulaire aigu franc ne suppure pas, a dit Lasègue. Cette loi reste vraie pour la séreuse péritonéale, quoiqu'elle souffre quelques rares exceptions pour les articulations, comme l'ont montré récemment Lesné et Huc.

Est-il possible d'être aiguillé vers le diagnostic de ces formes anormales, avec suffisamment de probabilités

pour éviter une intervention chirurgicale inutile, sinon nuisible?

D'après PILOD, dans les réactions abdominales d'origine rhumatismale, les douleurs seraient plus diffuses ou plus haut situées que dans l'appendicite. La contracture serait plus légère, les vomissements rares ou nuls.

L'absence de nausées, de vomissements, seraient pour FÈVRE, FOLLIASSON et GARNIER, un bon signe pour écarter l'hypothèse d'appendicite aiguë.

En réalité, ce sont là des subtilités sans grande valeur pratique.

Si l'absence de vomissements doit toujours inciter à un examen complet et minutieux, leur présence ne nous semble pas du tout un argument en faveur de l'appendicite.

Dans notre première observation, le syndrome appendiculaire était au complet, douleur vive de la fosse iliaque, défense musculaire, fièvre élevée, nausées et vomissements.

Du reste, en présence d'une crise douloureuse, accompagné de réactions habituelles aux inflammations péritonéales, aucun chirurgien n'hésitera à prendre le bistouri, même sans avoir l'idée précise sur le siège et la nature des lésions.

Aucun ne s'arrêterait même à la coexistence de certaines localisations connues du rhumatisme, telle que l'angine prémonitoire ou crise antérieure de polyarthrite.

Les rhumatismes, du reste, ne sont pas à l'abri de l'appendicite ou de quelque autre lésion viscérale.

La confusion avec l'appendicite est d'autant plus naturelle que l'appendice peut réagir au cours des angines dites rhumatismales. L'association est fréquente des troubles appendiculaires et des lésions amygdaliennes, surtout chez les jeunes.

Du reste, dans les observations que nous avons parcourues et la nôtre, l'intervention n'a eu aucun fâcheux résultat. Quoi qu'il en soit, la notion de ces réactions abdominales au cours du rhumatisme doit être présente à l'esprit du chirurgien. Elles doivent inciter à la prudence,

à l'examen soigneux des symptômes, ce qui permettra, dans certains cas, d'instituer un traitement efficace et dans d'autres, où l'on se croira cependant dans l'obligation d'intervenir, autorisera à se borner à une simple exploration.

LES FISTULES BILIAIRES
LEUR EXPLORATION RADIOLOGIQUE

(N° 38)

Au cours de ces dernières années, les fistules biliaires se sont montrées relativement fréquentes, surtout depuis que la cholécystostomie, trop délaissée autrefois, a retrouvé de nombreuses indications. Leur cure opératoire a toujours été considérée comme très difficile. S'il existe un obstacle sur la voie principale, il est très important d'être renseigné d'une manière précise sur son siège et même sa nature. Lorsqu'il n'existe pas d'obstacles permanent, il y a intérêt à connaître la valeur fonctionnelle d'une vésicule restée en place et les troubles de motricité qui expliquent la persistance de la fistule. L'injection lipiodolée des voies biliaires répond à ces deux desiderata.

Nous l'avons pratiquée chez plusieurs de nos opérés, et voici les conclusions de notre travail fait sur ce sujet.

Indications. — Les circonstances cliniques dans lesquelles l'exploration lipiodolée peut rendre de grands services, sont très variables. Envisageons-les successivement après la cholécystostomie, après la cholécystectomie sans drainage et enfin après la cholécystectomie avec drainage de l'hépatique.

I. *Après cholécystostomie.*

1° *Première éventualité,* d'ailleurs rare : il s'agit de lithiase. La cholécystostomie n'est guère considérée généralement que comme une intervention d'opportunité.

Ou *bien* la vésicule a été évacuée et drainée d'urgence, sans exploration de la voie principale.

Ou *bien* on a exploré superficiellement cette dernière sans déceler de calculs. Dans les deux cas, si l'écoulement de la bile se prolonge, on est autorisé, en principe, à attendre un certain temps, car la fistule peut se fermer d'elle-même s'il n'y a pas d'obstacle sous-jacent. Une exploration au lipiodol tranchera la question rapidement en montrant cet obstacle et fera décider une réintervention.

Ou *bien enfin:* on sait pertinemment qu'il reste des calculs dans le cholédoque. Au moment de l'opération, on les a négligés de parti pris, on s'est contenté d'enlever ceux qui se présentaient en laissant les plus difficiles à atteindre dans la terminaison de la voie principale. On a réalisé « l'anus biliaire » d'urgence, en vue de l'opération en deux temps, comme COTTE le préconise dans certains cas. Le lipiodol renseignera sur le siège exact de ces calculs terminaux, sur l'état de distension du cholédoque et le degré de l'oblitération.

2° *Deuxième éventualité*, plus fréquente: il n'y a pas de calcul dans la vésicule ni d'obstacle perceptible sur la voie principale. Il s'agit d'une vésicule fraise par exemple ou d'une de ces vésicules de stase dont l'ablation donne souvent de médiocres résultats. Une fois abouchée à la peau, cette vésicule peut être injectée au lipiodol et étudiée au point de vue topographique et surtout moteur.

3° *Troisième éventualité.* — L'opération n'a pas montré de calcul, mais un obstacle pancréatique. Si le diagnostic de néoplasme n'es tpas évident (auquel cas la dérivation interne est bien préférable en principe), on fera une cholécystostomie et on attendra. En s'en tenant à la clinique, si l'écoulement persiste, c'est qu'il existe un obstacle irréductible, néo ou pancréatite scléreuse non réversible, et la règle est de réintervenir pour une anastomose.

Il est vrai que cette règle n'est pas absolue, et dans certains cas l'écoulement persiste alors que la perméabilité du cholédoque est cependant redevenue suffisante. L'artifice préconisé par GOSSET est alors applicable: on ferme l'orifice cutané de la fistule par un fosset et on observe; si l'ictère réapparaît, c'est que la voie principale n'est

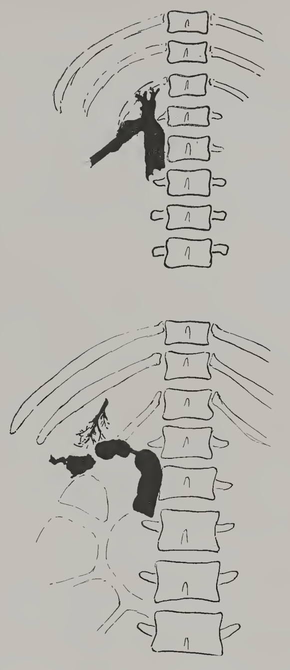
pas libre; dans le cas contraire, il suffit de pratiquer une simple plastie cutanée pour fermer la fistule. Mais l'exploration lipiodolée peut donner les mêmes renseignements avec plus d'élégance et peut-être moins de danger. Faite en série, elle montrera par exemple la réapparition progressive de la perméabilité au cours d'une pancréatite qui se résorbe sous l'influence du drainage. Dans d'autres cas, elle montrera soit la fermeture inchangée du cholédoque, soit sa réouverture partielle; il s'agit alors ou de néoplasme ou de lésion pancréatique inflammatoire dont l'élément réversible a disparu et dont il ne persiste que la cicatrice scléreuse stabilisée plus ou moins obstruante. Il sera facile alors de juger du degré de cette obstruction définitive, du calibre du cholédoque, et de prendre une décision au sujet d'une anastomose éventuelle.

II. *Après cholécystectomie sans drainage de l'hépatique.*

1° Il s'agit d'*une fistule muqueuse;* il y a eu alors généralement une faute de technique; on a laissé en place un moignon vésiculaire ou bien on a sectionné le cystique trop loin de son abouchement dans la voie principale; parfois, il reste dans ce moignon cystique un petit calcul. Le lipiodol butera alors contre ce dernier et n'injectera pas le cholédoque; ou bien, s'il n'y a pas de calcul, il passera dans la voie principale, mais après avoir dessiné un renflement plus ou moins considérable représentant le moignon cystique ou vésiculaire resté en place.

2° Il s'agit d'*une fistule biliaire proprement dite.*

a) Un cas de faute *opératoire :* ligature latérale du cholédoque par exemple, la suture lâche et on a une plaie béante avec ou sans rétrécissement cicatriciel sous-jacent. Dans ces cas difficiles, le lipiodol pourrait sans doute rendre des services en montrant le degré de perméabilité de la voie principale importante au point de vue de la cure opératoire. Si le cholédoque est facilement injecté, la mise en place d'un drainage de Kehr pourra suffire; en cas de rétrécissement concomitant, il faudra envisager une thérapeutique plus complexe.



Exploration lipiodolée de deux fistules biliaires montrant l'arrêt du liquide opaque au niveau des calculs.

b) La vésicule *enlevée contenait* des calculs; l'exploration opératoire du cholédoque a été négative ou trop superficielle. Au bout de 15 jours, la suture du cystique lâche et l'écoulement apparaît; au lieu de durer quelques jours comme souvent, il persiste et même augmente d'abondance. On soupçonne un obstacle; le lipiodol montrera soit un calcul oublié de la fin du cholédoque, soit de la boue biliaire accumulée et obstruante, soit un obstacle extrinsèque: pancréatite sténosante due à la lithiase.

c) La vésicule enlevée ne *contenait pas de calculs:* le lipiodol donnera les mêmes renseignements et décèlera soit un calcul méconnu de cholédoque terminal, soit un obstacle pancréatique.

III. *Après cholécystectomie avec drainage de la voie principale.*

1° Le drain étant retiré au bout d'une quinzaine de jours, l'écoulement persiste; le lipiodol montrera s'il existe un obstacle et donnera soit une image calculeuse, soit un aspect de coulée filiforme traduisant un rétrécissement inflammatoire (cholédocite) ou une compression extrinsèque (pancréatite concomitante).

2° *L'exploration systématique* au lipiodol avant l'ablation du drain a été préconisée par Cotte. Rien de plus facile, en effet, que de se servir du drain de Kehr pour vérifier la perméabilité de la fin du cholédoque: si la voie est libre et le duodénum facilement injectable, on peut retirer le drain sans arrière-pensée; si, au contraire, on décèle un obstacle, on agira différemment; si cet obstacle est extrinsèque, on continuera le drainage, s'il s'agit de calculs, on profitera du trajet du drain pour les aborder très facilement; dans quelques cas simples on pourra même, avec une pince courbe, aller les retirer sans aucune anesthésie (comme dans une de nos observations).

Nous reproduisons deux schémas radiographiques particulièrement typiques, pris dans deux de nos observations.

LES INDICATIONS DU DÉCOLLEMENT PANCRÉATIQUE DANS LE TRAITEMENT DES PANCRÉATITES CHRONIQUES NON LITHIANIQUES AVEC ICTÈRE

(N° 49)

Nous avons observé, avec M. le professeur Hamant, cinq cas de pancréatite avec ictère, considérablement améliorés par le drainage de l'espace rétro-pancréatique, selon une méthode déjà préconisée par M. Vautrin. Ces observations montrent, nous semble-t-il, que dans certains cas choisis, cette intervention, d'apparence peu rationnelle, peut se justifier.



Le but essentiel et primordial du traitement, selon l'opinion classique, est de dériver la bile en rétention. Mais cette rétention existe-t-elle réellement et, si elle existe, une dérivation est-elle indispensable? Ces deux questions sont loin d'être résolues.

Schématiquement, sans doute, il est facile de distinguer trois éventualités. Dans la première, il n'y a aucun obstacle mécanique, mais coïncidence de pancréatite et d'hépatite; et l'ictère est dû uniquement à cette dernière. Dans la deuxième, il y a un obstacle mécanique au niveau de la tête du pancréas et ictère par simple rétention sans angiocholite ni hépatie. Dans la troisième, il y a simultanément pancréatite sténosante et altération de la cellule hépatique, toutes les deux pouvant être dues à une même cause infectieuse (d'origine intestinale, par exemple) ou l'une déterminant l'autre (altération hépatique en amont d'un obstacle pancréatique).

Théoriquement, dans la première et la troisième éventualité, le drainage de la voie biliaire est nécessaire; il pare au plus pressé en évacuant la bile au dehors et en enrayant, s'il n'est pas trop tard, l'altération de la cellule hépatique; et d'autre part, l'expérience montre qu'il fait très souvent résorber plus ou moins vite le gonflement pancréatique.

Dans la deuxième éventualité, au contraire, la nécessité d'une dérivation biliaire est beaucoup plus discutable. Une pancréatite sténosante peut être due, sans doute, à une infection à point de départ vésiculaire, l'obstacle étant dû, par exemple, à un ganglion intraglandulaire juxtacholédocien. Mais même dans ce cas, l'infection originelle pourra avoir été très légère et être complètement calmée au niveau de la vésicule, alors que la réactoin ganglionnaire et périganglionnaire intrapancréatite évolue encore ou tout au moins ne régresse plus. La cholécystostomie peut hâter cette régression, sans doute; mais il n'est pas prouvé que c'est en agissant toujours sur l'infection torpide résiduelle de la vésicule; le drainage ne stérilise certainement pas complètement la muqueuse vésiculaire.

Il est possible que la dérivation, dans certains cas, n'ait qu'une action préservatrice sur la cellule hépatique et n'influe en rien sur l'évolution de la pancréatite qui suit son cours normal et régresse dans un délai qu'elle n'aurait pas dépassé, si elle avait guéri spontanément. Dans d'autres cas, elle agit peut-être par le traumatisme opératoire, comme le ferait une simple laparotomie complété par des manœuvres d'exploration sous-hépatique.

Dans ces cas que nous envisageons, la pancréatite évolue en quelque sorte pour son propre compte, indépendamment de l'infection vésiculaire originelle, de même qu'une adénopathie épitrochléenne ou axillaire peut évoluer alors que la petite plaie cutanée, point de départ de l'infection, est fermée depuis longtemps et pratiquement stérilisée; une incision au niveau de cette porte d'entrée n'est pas forcément nécessaire.

Mais si, dans ces pancréatites d'origine biliaire, sans signe clinique d'angiocholite ni d'hépatite, le rôle de la cholécystostomie paraît théoriquement aléatoire, ou tout au moins indirecte, son efficacité dans les pancréatites d'une autre origine se comprend moins encore.

Bien plus, le rôle exact de l'infection elle-même dans la pathogénie des pancréatites est difficile à préciser; il est admis maintenant que certaines évoluent, au début

tout au moins, indépendamment de tout facteur infectieux. Il est certain, d'autre part, qu'en dehors des formes aiguës classiques, il existe des formes atténuées, d'une fréquence probablement insoupçonnée, qui, selon toute vraisemblance, peuvent laisser comme séquelles une pancréatite scléreuse nodulaire ou diffuse. Il est possible enfin que certaines formes, en apparence chroniques d'emblée, soient la conséquence d'un de ces processus d'activation du suc pancréatique, encore si mal connus dans leur mécanisme intime.

La conception de l'origine infectieuse biliaire de presque toutes les pancréatites s'avère ainsi de plus en plus comme trop étroite. La nécessité d'une dérivation semble donc de plus en plus discutable; et une intervention directe sur le pancréas est certainement, en théorie tout au moins, plus opportune.

Qu'un simple décollement suivi de drainage puisse faire fondre totalité ou partie d'un gonflement pancréatique, c'est là un fait bien connu et qui n'a d'ailleurs rien pour étonner. Dans les affections inflammatoires, quant à la période présuppurative, un gros gonflement fait croire à une collection, une incision, sans rien évacuer, fait parfois tourner court et régresser l'inflammation. De même, dans certaines infections torpides avec grosse infiltration œdémateuse, une incision étendue peut assouplir les tissus du voisinage et les rendre à leur volume normal.

Tant que les lésions du parenchyme ne sont pas invétérées, le décollement est donc l'opération logique; il est dans les formes chroniques l'équivalent de la dilacération légère de la glande qu'on pratique dans les formes aiguës.

Malheureusement, dans la pratique, les choses ne sont pas aussi simples et l'indication opératoire est souvent difficile à poser. Il y a à cela plusieurs raisons: une raison de difficulté technique d'abord. Il est incontestable que dans certains cas, le décollement duodéno-pancréatique s'annonce comme difficile et même dangereux. Cela dépend d'une part des adhérences inflammatoires qui

souvent masquent plus ou moins la région; cela dépend surtout de la vascularisation, parfois très développée et exposant, si on insiste trop, à des hémorragies alarmantes. Une pancréatite œdémateuse, avec aspect mollasse, succulent, l'ancienne « pancréatite exubérante » est, par définition, justiciable du décollement, qui aura les plus grandes chances de faire régresser cette lésion essentiellement réversible et où les phénomènes vaso-moteurs jouent un rôle primordial. Mais c'est précisément dans ces pancréatites qu'on peut voir de gros vaisseaux serpenter à la surface du parenchyme, dans la capsule, et saigner en nappe d'une façon dangereuse, si on y touche. Dans ces cas d'indication théorique idéale, on est souvent obligé de se rabattre sur l'intervention indirecte, moins logique sans doute, mais infiniment plus facile qu'est la dérivation externe. Il ne faut cependant pas exagérer la difficulté ni les dangers du décollement pancréatique; ce dernier, dans la majorité des cas, est facile, à condition de l'amorcer très à droite, le plus loin possible du duodénum.

Une autre raison est l'impossibilité de déterminer avec précision non seulement le stade d'évolution des lésions, mais même leur nature. Une glande d'aspect inflammatoire ne doit pas faire préjuger de l'absence d'un néoplasme au début dans la profondeur, comme en témoignent l'observation de Fiolle et une des nôtres. Un néoplasme peut probablement n'être sténosant pendant longtemps que par la pancréatite concomitante; et cette dernière, fait intéressant, peut être améliorée par le décollement au point de donner l'illusion de la guérison pendant deux ans. Mais il est probable que, le plus souvent, le cancer est obstruant par lui-même et que le décollement n'aurait aucun effet; or, la simple palpation ne permet guère de déterminer s'il s'agit d'inflammation ou de néoplasme; les signes cliniques sont d'interprétation trop incertaine et le doute persiste.

Si l'impression est en faveur d'une pancréatite, la difficulté n'est pas moindre de déterminer dans quelle mesure les lésions sont encore réversibles ou, au contraire, invé-

térées. Un décollement, en cas de lésion scléreuse définitive, expose à un échec et à la nécessité d'une dérivation interne ultérieure; une cholécystostomie n'aura probablement pas plus d'action sur la sclérose et aboutira à une fistule, nécessitant, elle aussi, une anastomose. Mais la stomie a sur le décollement le gros avantage de permettre d'attendre longtemps la régression de l'obstacle pancréatique. La bile étant dérivée, la cellule hépatique est en sécurité; si même une altération hépatique légère existe, elle aura des chances de régresser. Le décollement, utilisé seul, n'est pas une manœuvre prudente dès qu'il y a le moindre doute d'une altération hépatique ou simplement d'une inflammation légère des voies biliaires. Or, cette altération et cette inflammation sont bien difficiles à évaluer.

En pratique, plusieurs cas peuvent être envisagés schématiquement :

I. *Premier cas.* — L'ictère est déjà ancien et accentué, l'état général est mauvais; il y a lieu de craindre une atteinte hépatique. Il faut faire une dérivation externe.

II. *Deuxième cas.* — L'ictère est récent, peu foncé, l'état général assez satisfaisant; mais les voies biliaires paraissent enflammées; il y a des adhérences sous-hépatiques rougeâtres. Cette périviscérite ne préjuge pas forcément d'une infection des voies biliaires; et un décollement duodéno-pancréatique suivi d'un large drainage sous-hépatique peut suffire à faire régresser cette inflammation diffuse. Mais comme l'infection biliaire est cependant probable, la dérivation est plus prudente, d'autant plus qu'il est peut-être préférable de ne pas ouvrir dans ces cas le tissu cellulaire rétro-pancréatique si facile à s'infecter.

III. *Troisième cas.* — Les voies biliaires sont saines, l'ictère peu intense; la tête du pancréas est grosse, de consistance lardacée œdémateuse. Si le décollement paraît facile, il faut le faire, de préférence à la dérivation. Le

malade a de grandes chances de guérir par cette opération, la plus simple et la plus rapide comme suites opératoires.

IV. *Quatrième cas.* — Les voies biliaires sont saines ou simplement un peu distendues par la rétention ; la palpation fait sentir, au niveau de la tête du pancréas, une masse dure :

a) Si cette masse est petite et représente la glande atrophiée scléreuse ; qu'il s'agisse de pancréatite ou de cancer, la régression est trop aléatoire et il faut faire une dérivation (en principe interne si l'état général est bon et l'ictère pas trop ancien ; externe par prudence et provisoirement dans le cas contraire) ;

b) Si la masse indurée est volumineuse, le diagnostic de nature est également incertain. Même s'il y a du cancer, il est possible que la plus grosse partie de la masse ne soit que de la simple pancréatite de voisinage. S'il s'agit d'inflammation simple, la dureté n'est pas un signe infaillible de sclérose définitive ; et on a publié des cas de grosses masses bosselées, dures qui, décollées et drainées, ont régressé rapidement. Le décollement est donc logique, à la condition, comme toujours, que l'état général soit encore satisfaisant et que l'ictère ne paraisse pas dû à une altération de la cellule hépatique, dans quel cas la dérivation reste l'opération la plus prudente.

Comme conclusion, il nous semble que ce qui détermine l'indication du décollement pancréatique, ce n'est pas exclusivement l'aspect des lésions au niveau de la glande, aspect dont l'interprétation est trop difficile. Seul, un pancréas extrêmement induré, rattatiné, rare d'ailleurs, contre-indique par lui-même le décollement et exige la dérivation. Dans tous les autres cas, il n'en est pas de même et le décollement peut parfois être plus rationnel que la cholécystostomie. Mais souvent cette dernière est cependant pratiquée pour des raisons d'opportunité. L'ancienneté et l'intensité de l'ictère, l'aspect inflammatoire des voies biliaires, telles sont les vraies indications, fréquentes d'ailleurs, de la dérivation externe.

LES FISTULES PANCRÉATIQUES

(Thèse de Doctorat, 226 p., Nancy 1929)

Nous avons essayé de mettre au point cette question des fistules pancréatiques qui n'avait pas été l'objet de thèse française depuis plus de vingt ans. Nous avons préconisé dans le traitement des cas rebelles, d'ailleurs excep-

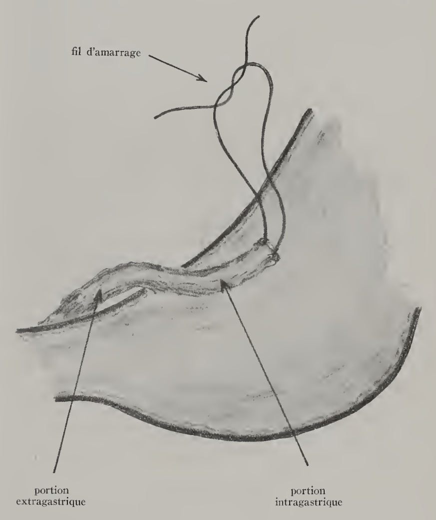


Schéma montrant l'amarrage de la portion intragastrique à la paroi de l'estomac par deux fils de soie noués en dehors.

tionnels, l'anastomose entre la fistule et l'estomac et avons essayé de préciser les détails techniques de cette intervention. Nous reproduisons deux schémas montrant les deux points les plus importants : d'une part la pénétration intragastrique avec fixation du canal, et d'autre part l'enfouissement à la Witzel de sa portion extragastrique.



Enfouissement de la portion extragastrique de la fistule.

A PROPOS DE 51 CAS DE PERFORATIONS GASTRIQUES
(N° 58)

Assurant le service d'urgence de la clinique de M. le professeur HAMANT, nous avons opéré, ces quatre dernières années, 51 perforations gastriques.

Nous avons 5 perforations cancéreuses, ne comptant que les néoplasies manifestes, de forme grossièrement tumorale, sans tenir compte des perforations dans ces masses calleuses parfois épithéliomateuses histologiquement. Sur ces 5 cas, nous avons trois morts et deux survies, dont l'une assez prolongée. Il s'agissait d'un malade de 61 ans, qui présentait une perforation de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, au milieu d'une masse cancéreuse grosse comme le poing, sur la petite courbure. On se contenta de boucher la perforation avec un lambeau d'épiploon fixé en paroi gastrique saine et de drainer l'espace sous-hépatique. Il n'y eut pas d'écoulement de liquide gastrique, mais suppuration et désunion partielle de la paroi. Quatre mois plus tard, le malade revint, avec une éventration et insistant beaucoup pour qu'on traite cette dernière. Comme l'état général était encore assez bon, on intervint; le néoplasme n'avait pas sensiblement augmenté de volume; on ne voyait plus trace de la perforation, mais de nombreuses granulations cancéreuses sur le péritoine et un peu d'ascite. Le malade ne mourut de cachexie que dix mois plus tard.

Notre deuxième opéré était déjà porteur d'une gastro-entérostomie exécutée quelques mois avant sa perforation; il fut traité également par tamponnement épiploïque et survécut cinq mois.

Dans nos cinq cas, le néoplasme était par trop avancé pour permettre une gastrectomie; la plicature gastrique elle-même était impossible. Nous avons l'impression que, tout au moins dans ces cas avancés, les essais de fermeture de la perforation par des points enfouissants sont nuisibles, les fils coupant fatalement; une bonne épiploo-

plastie nous paraît préférable. Une gastro-entérostomie complémentaire est indiquée sans doute en cas de sténose; dans trois cas elle nous apparut inutile (une survie); dans un cas, nous l'avons pratiquée au bouton (mort); dans un autre enfin, la gastro avait été faite antérieurement à la perforation (survie).

Sur les 46 perforations par ulcère, nous avons sept morts (15,2 %). Quelques points particuliers seulement nous paraissent intéressants à signaler.

Au point de vue étiologique: nous avons 2 femmes et 44 hommes. Deux fois, la perforation a été déclanchée par un *traumatisme* évident: un malade tombe d'un échafaudage et se présente avec des contusions multiples et une contracture intense de l'épigastre; l'intervention immédiate montre une perforation lenticulaire au milieu d'un ulcère ancien dont le malade souffrait d'ailleurs depuis longtemps. Un autre reçoit au creux épigastrique un coup de timon de voiture et présente une perforation de la grosseur d'un pois, d'un ulcère duodénal typique, avec une légère infiltration ecchymotique environnante, témoignant de l'intensité du traumatisme.

L'heure de l'intervention est notée exactement dans 41 cas; nous avons: avant la 6e heure, 15 cas; de la 6e à la 12e heure, 13 cas; de la 12e à la 24e heure, 7 cas; après la 24e heure, 6 cas.

Le diagnostic a été posé d'une manière ferme et vérifié exact 36 fois, douteux ou erroné 10 fois. Le diagnostic porté a été alors:

Deux fois : celui de rupture viscérale traumatique banale (les deux cas mentionnés plus haut).

Deux fois : celui de péritonite généralisée de cause indéterminée; malades vus à la 28e et à la 40e heure, avec contracture diffuse et météorisme (2 morts).

Trois fois : diagnostic un peu hésitant, probabilité ulcus perforé mais appendicite possible; dans ces trois cas, nous n'avons pas hésité à pratiquer d'abord une petite boutonnière iliaque d'exploration, devant d'ailleurs servir pour le drainage du pelvis. La vue du liquide carac-

téristique abondant et inodore coulant le long de la gouttière pariéto-colique a immédiatement affirmé le diagnostic (3 guérisons).

Une fois: diagnostic erroné d'appendicite. C'est le seul cas où l'erreur a failli être funeste. Il s'agissait d'un malade de 22 ans envoyé un soir pour appendicite aiguë. La crise avait débuté deux heures auparavant, extrêmement violente, avec vomissements. Un examen sommaire fait découvrir une défense de toute la moitié droite de l'abdomen, avec douleurs violentes. On opère aussitôt; par une incision de Jalaguier, on extirpe un appendice qui paraît simplement un peu rougeâtre; on en est un peu surpris, mais comme la crise ne date que de deux heures, on ne pense pas s'être trompé cependant. Le malade est ramené dans son lit, et peu après le soupçon d'une perforation gastrique vient à l'esprit. On interroge à nouveau les parents, qui confirment le caractère extrêmement violent de la douleur initiale, sans qu'il y ait eu d'antécédents gastriques. Trois heures plus tard, pendant la nuit, devant la crainte de plus en plus vive d'avoir commis une erreur grossière, on ramène à la salle d'opération le malade qui dormait tranquillement. L'incision épigastrique montre un ulcère duodénal perforé. Le malade guérit après des suites très simples.

Deux fois: diagnostic de hernie étranglée. Un malade de 59 ans est envoyé pour hernie inguinale droite engouée. Depuis deux jours, il vomit et souffre dans tout l'abdomen. La palpation montre une douleur diffuse, surtout accentuée dans la fosse iliaque droite, avec un peu de météorisme et une défense insignifiante, difficile à apprécier sur un malade obèse. Ayant quelques doutes sur la réalité d'un étranglement herniaire, on fait une herniolaparotomie droite; on constate aussitôt qu'il n'y a pas étranglement, mais présence d'un liquide abdominal abondant; on agrandit l'incision vers le haut et on aperçoit sur le duodénum une perforation lenticulaire; il y a beaucoup de liquide dans le ventre. L'état du malade, qui a eu une rachianesthésie, est des plus alarmant; la fermeture

de la perforation étant difficile par la voie d'accès, une incision supplémentaire épigastrique paraît devoir entraîner une mort sur la table. On se contente de mettre un gros Mikulicz dans la région sous-hépatique. Contre toute attente, le malade survit; une suppuration profuse fait désunir les quelques points de suture qui ont été placés. Au bout de un mois, le malade se lève, sans avoir présenté de signes inquiétants du côté péritonéal.

L'autre malade était une femme de 82 ans envoyée pour hernie crurale droite étranglée. Elle avait été prise de douleurs abdominales violentes avec vomissements, six heures auparavant; mais les douleurs avaient presque cessé depuis. Il y avait effectivement une hernie crurale irréductible mais peu douloureuse. La Kelotomie montra une épiplocèle non étranglée et l'existence de liquide abondant dans le ventre. Une laparotomie médiane faite aussitôt fit découvrir un ulcère duodénal perforé. La malade guérit très simplement.

Le *traitement* a consisté essentiellement dans la fermeture de la perforation par deux bourses superposées ou des plicatures en cas d'induration des bords.

Nous avons toujours placé contre la fermeture un lambeau épiploïque, taillant au besoin un lambeau véritable dans le grand épiploon pour le rabattre sur les sutures. Grâce à cette épiplooplastie, nous n'avons pas cru nuisible de drainer souvent, au voisinage sinon au contact de la perforation. Dans la moitié des cas environ, nous avons mis un drain et une mèche dans l'espace sous-hépatique, barrant la route à un écoulement éventuel de liquide. Dans aucun cas, nous n'avons observé d'écoulement de liquide gastrique après enlèvement du drain. Le seul ennui est que ce drainage, s'il est laissé trop longtemps en place, peut exposer à une éventration ultérieure; nous l'avons observé deux fois.

Nous n'avons pratiqué que rarement une gastro-entérostomie complémentaire, n'ayant eu que très exceptionnellement l'impression que le calibre gastro-duodénal était

dangereusement diminué. Nous l'avons faite huit fois, à la suture (2 morts).

Nous avons toujours drainé le Douglas : 4 fois par une incision iliaque droite et 42 fois par une boutonnière sus-pubienne. Nous avons aspiré les liquides, non avec l'aspirateur électrique qui nous paraît un peu brutal au contact des anses grêles, mais avec une petite sonde de Nélaton armée d'une grosse seringue et introduite dans le drain plongeant au fond du Douglas. Nous avons observé deux fois, il y a trois ans, des accidents dus à ce drainage. Deux malades, dont le drain avait été retiré le sixième jour, ont présenté le lendemain une éviscération avec issue d'une anse grêle par l'incision. Dans ces deux cas, la rentrée de l'anse put être faite à temps et les opérés guérir. Mais, depuis ce temps, nous n'avons plus eu le moindre ennui ; l'incision sus-pubienne ne demande que quelques secondes, elle doit être très courte et au besoin raccourcie par un crin, de façon que le drain ne passe qu'à frottement. Ce dernier est retiré le lendemain même ou le surlendemain au plus tard ; à ce moment d'ailleurs, il ne draine plus rien.

Le *pronostic* dépend évidemment et avant tout de la précocité de l'intervention. Nos décès sont des cas opérés à la 2ᵉ, à la 8ᵉ, à la 10ᵉ, à la 25ᵉ, à la 28ᵉ, à la 32ᵉ et à la 40ᵉ heure. Sur six cas opérés après 24 heures, nous avons quatre morts.

On observe évidemment des faits paradoxaux : tel notre malade de 59 ans, obèse, opéré au moins 48 heures après le début des accidents, le ventre plein de pus, une perforation simplement drainée au contact et une plaie déhiscente énorme, sphacélique, et qui a cependant guéri sans donner jamais d'inquiétude.

Inversement, notre malade opéré le plus précocement, moins de deux heures après la perforation, est mort très rapidement. Il est vrai que ce malade, également un obèse, pris d'une douleur atroce au cours du repas, présentait, outre sa perforation, une rougeur diffuse de la région et une sorte d'œdème qui nous a fait soupçonner après

coup qu'il pouvait s'agir d'une poussée de pancréatite concomitante. Le collapsus qui existait déjà avant l'intervention et qui ne fit que s'aggraver après elle, nous paraît en faveur de cette hypothèse.

TROIS CAS DE NODULES CALCIFIÉS DU MÉSENTÈRE

(N° 76)

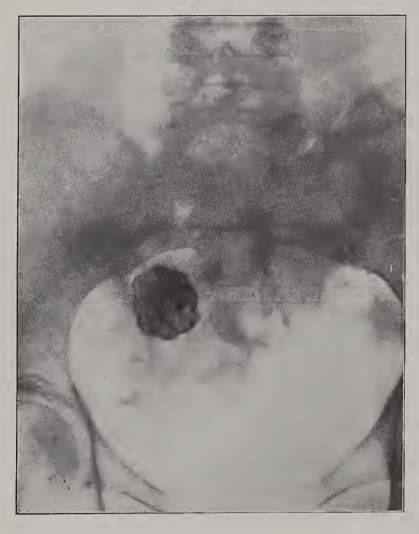
Nous avons observé trois cas de nodules calcifiés mésentériques, manifestés le premier cas par une tumeur volumineuse mobile, le deuxième par des crises douloureuses à type de coliques, le troisième par une subocclusion.

Dans le premier cas, la masse, plus grosse qu'un poing, était entourée d'une coque assez résistante et contenait à l'intérieur une pâte calcaire, demi-molle. Dans les deux autres, il s'agissait de masses solides, muriformes, calcifiées, d'où leur aspect radiologique ressemblant à celui de calculs biliaires.

Le traitement a consisté, dans nos deux premiers cas, en l'ablation simple de la tumeur mésentérique; dans le troisième, en l'établissement d'une fistule cœcale à cause de l'état général trop précaire, comme temps préliminaire.



Volumineux nodule calcifié du mésentère.



Nodule calcifié du mésentère.

PÉRITONITE MORTELLE PAR DIVERTICULITE
(N° 23)

Un malade qui souffrait chroniquement de l'abdomen, est opéré au moment d'une petite crise avec le diagnostic d'appendicite subaiguë. L'appendice est un peu rouge et extirpé sans manœuvre spéciale d'exploration de l'abdomen. 15 jours après le retour du malade chez lui, douleurs violentes et vomissements. Traitement médical pendant 3 jours; puis, devant les signes péritonéaux aggravés, nouvelle intervention. L'incision médiane montre un foyer purulent d'aspect sphacélique d'où sort un verre de pus fétide. Au milieu de cet abcès est un diverticule long de 6 centimètres, gangréné et perforé en plusieurs points. On le résèque et on draine largement. Mort au bout de 48 heures.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, ce n'est pas la diverticulite en elle-même, qui n'est pas rarissime; ce n'est pas non plus l'erreur de diagnostic, qui est constante : « toute observation de diverticulité enregistre une erreur de diagnostic », disait déjà Blanc dans sa thèse en 1898, et c'est encore vrai. Ce qui paraît extraordinaire, c'est la persistance de cette erreur, entretenue par l'intervention appendiculaire initiale. Généralement, dans la diverticulite, les lésions anatomiques vont plus vite qu'au niveau de l'appendice, et le syndrome péritonéal est d'emblée très net. De sorte qu'à l'intervention ou bien la diverticulite est évidente dès l'ouverture de l'abdomen, ou bien l'insignifiance et, à plus forte raison, l'absence de lésions appendiculaires impose l'exploration du reste de l'abdomen et fait trouver le diverticule. Dans notre cas, opéré tout au début, la simple rougeur de l'appendice a paru suffisante pour expliquer une symptomatologie somme toute très estompée et il n'a pas paru nécessaire de chercher plus avant. Lors de la deuxième crise, beaucoup plus intense, ce défaut d'exploration n'aurait plus été possible.

Malheureusement, l'appendice une fois enlevé, l'indi-

cation opératoire dans un syndrome abdominal devient difficile. Chez notre malade, on pouvait raisonnablement penser à une périgastrite, surtout à cause du siège très élevé des douleurs; le grand élément d'urgence, à savoir l'appendice, n'était plus là pour forcer la main. Jusqu'à l'apparition de signes péritonéaux manifestes, l'abstention était défendable. Le principe de l'intervention à l'extrême début, qui est certainement l'idéal en matière d'appendicite, a été, dans le cas particulier, la cause d'une erreur de diagnostic funeste.

A PROPOS DE DEUX CAS RÉCENTS DE TUMEURS PARANÉPHRÉTIQUES

(N° 54)

La question des tumeurs paranéphrétiques est revenue récemment à l'ordre du jour à la Société de Chirurgie; aussi nous a-t-il paru intéressant d'en rapporter deux cas: l'un, opéré il y a 3 ans, était un énorme kyste, traité pendant plusieurs années comme péritonite bacillaire; l'autre était un gros fibro-lipome descendu dans la région inguinale et diagnostiqué épiplocèle.

Voici les observations résumées: une première malade, de 45 ans, entre au service avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse, résistant à tout traitement médical, en vue d'une laparotomie. Le ventre a grossi peu à peu depuis plusieurs années; il n'existe aucun trouble notable, sinon un fléchissement de l'état général. Une thérapeutique assez active est instituée: séances très fréquentes de rayons ultra-violets, injections de nombreux produits anti-bacillaires, sans résultats, quant au ventre qui, au contraire, grossit de plus en plus.

L'examen de la malade à l'arrivée rectifie le diagnostic et fait faire celui de kyste à l'ovaire. La laparotomie montre une énorme tumeur rétropéritonéale, développée du côté

droit, refoulant toute la masse intestinale à gauche; le colon ascendant cravate le flanc gauche de la tumeur. Ponction et évacuation de 20 litres environ de liquide citrin. Décollement de la poche du péritoine postérieur et du mesocolon ascendant, sans difficulté; le rein est en arrière du kyste, non adhérent; de même l'uretère et le pédicule vasculaire. Drainage lombaire par un simple drain; péritonisation de la fosse iliaque après rabattement du colon: fermeture du ventre sans drainage.

Les suites opératoires furent extrêmement simples et la malade, revue récemment, est restée parfaitement guérie, ce qui est d'ailleurs classique, car il n'est pas question de récidive dans ces kystes, du moins dans ceux qui ont une structure wolfienne typique, ce qui était le cas chez notre malade.

Dans notre seconde observation, il s'agit encore d'une femme, d'une cinquantaine d'années, envoyée avec le diagnostic de hernie inguinale gauche. Effectivement, la malade a vu apparaître au niveau de la région inguinale et descendre dans la grande lèvre gauche, une masse qui a été peu à peu en grossissant, sans jamais rétrocéder. Aucun trouble notable, sauf une légère sensation de tiraillements et de pesanteur. L'examen fait sentir dans la région inguinale une masse de volume d'une tête d'enfant, irrégulière, bosselée, se prolongeant dans la fosse iliaque par un pédicule volumineux. L'obésité de la malade empêche de préciser jusqu'où remonte ce pédicule. On pense à une épiplocèle adhérente, avec noyaux d'épiploïte chronique.

Incision de hernie inguinale. Sans rencontrer de sac, on trouve immédiatement une masse volumineuse de tissus graisseux, lobulés, qu'on isole facilement de la région de la grande lèvre, et qui se continue dans la fosse iliaque. En agrandissant largement l'incision vers la masse lipomateuse, dont certains lobules ont le volume d'une tête d'adulte, on se rend rapidement compte qu'il s'agit d'une tumeur rétropéritonéale, refoulant le péritoine, le colon descendant et son mèso vers la droite. La séparation se fait facilement par un plan de clivage sans adhérence. Au niveau du pôle supérieur, on reconnaît le rein, situé en ar-

rière de la tumeur, et dont le pôle inférieur lui est un peu adhérent ; on l'en sépare assez facilement sans entrer dans la capsule propre ; de même l'uretère et le pédicule se laisse facilement libérer.

Après vérification soigneuse de l'énorme espace vide, après extirpation, pour ne laisser en place aucun lobule suspect, on repéritonise et on ferme la paroi sans drainage. Suites opératoires, sans incident.

L'erreur de diagnostic faite sur notre malade est vraiment exceptionnelle. C'est la première fois, croyons-nous, qu'un lipome paranéphrétique descend ainsi dans le canal inguinal et vient simuler à s'y méprendre une épiploïte, réalisant le mécanisme idéal de la hernie par glissement vrai. C'est l'obésité de la malade qui nous a empêché de percevoir cette énorme masse lombaire et de rejeter le diagnostic de la hernie banale.

Mais le point le plus intéressant, celui du sujet duquel on discute actuellement à la Société de Chirurgie, c'est de savoir l'avenir de ces tumeurs solides paranéphrétiques opérées. L'examen histologique, sur notre pièce a répondu : fibrolipome sans trace de malignité. Malheureusement, on sait et Lecène y insistait déjà dans son rapport de 1919, que des noyaux de dégénérescence maligne peuvent passer inaperçus dans ces énormes masses. Sur des coupes pratiquées au hasard et en grandes séries on peut déceler parfois des points suspects à allure sarcomateuse.

D'ailleurs, cliniquement, on commence à connaître les nombreuses récidives qui peuvent survenir, dans des cas en apparence les plus bénins.

Inversement d'ailleurs, M. Moulonguet vient de rapporter un cas de Duroselle où le diagnostic histologique de sarcome des plus malins avait été fait lors de l'opération, et où il n'existe pourtant aucune trace de récidive après sept ans et demi. Il faut donc être très circonspect sur l'avenir de ces opérés. Nous suivons attentivement notre malade pour qu'une observation puisse contribuer à la solution du problème controversé.

TABLE DES MATIÈRES